RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Groupe Vigie et qualité des services
Direction de la santé publique

Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique

Rapport de recherche

Novembre 2000
Version révisée le 17 septembre 2003

Préparé par Réal Boisvert avec la collaboration de
Yves Pepin, Louis Rocheleau et Sophia Crosato

Recherche et analyse

Réal Boisvert
Louis Rocheleau
Yves Pepin

Rédaction

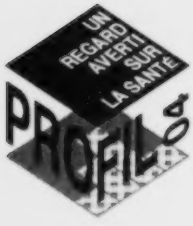
Réal Boisvert

Réalisation technique

Traitement des données
Production des cartes — Sophia Crosato

Mise en page — Thérèse Brunelle

Citation suggérée : BOISVERT, R. et Coll. (2000), *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : une analyse écologique*, Rapport de recherche, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.



Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-89340-089-2

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Note : Dans le but de faciliter la rédaction et la lecture du présent rapport, il est à noter que le genre masculin a été utilisé dans un sens grammatical, sans discrimination envers les personnes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à condition que la source soit mentionnée. Toute reproduction doit être fidèle au texte utilisé.

Document disponible sur le site Web de la Régie régionale
http://www.rrsss04.gouv.qc.ca

106-05465/

Remerciements

Nous sommes éminemment redevables aux personnes suivantes pour la réalisation de cette recherche.

Nos remerciements vont d'abord à nos collaboratrices Lucie Carrier, Johanne Francoeur, Cécile Thériault, Lucie Hervieux, ainsi qu'à nos collaborateurs Yves Cossette et André Plamondon.

Nous remercions également nos collègues Sylvie Bernier, Christiane Lemaire, Diane Lemay, Marie-Claude Drouin, Nathalie Ratté, Louise Dubé, Thérèse Brunelle, Hugues Tétreault, Jean-Maurice Roy, André Labelle, Pierre Laurence, André Dontigny, Jacques Longval, Robert Pampalon et Guy Raymond.

Résumé

La relation entre les déterminants socio-économiques et la santé est bien connue. Si elle est bien documentée à l'échelle des individus, elle est toutefois plus rarement appliquée au plan des communautés ou des milieux de vie. L'objet de cette recherche est de vérifier et d'illustrer, pour 209 communautés (ou unités écologiques d'analyse) de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la portée et les limites de cette relation.

Premier constat. La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, lorsqu'envisagée du point de vue de ses municipalités en milieu rural et de ses quartiers en milieu urbain, présente plusieurs disparités socio-économiques et de santé.

Ainsi, 31,7 % des communautés qui appartiennent au quintile des communautés les plus défavorisées au plan socio-économique se retrouvent en situation de surmortalité en comparaison de 4,9 % pour celles qui sont les plus favorisées. Le même écart sépare les communautés au point de vue de la mortalité prématurée. Le pourcentage d'entr'elles où l'on observe un âge moyen au décès inférieur à l'âge moyen attendu est trois fois plus grand dans le cinquième quintile de défavorisation que dans le premier quintile. Au surplus, l'espérance de vie des hommes qui vivent dans les communautés les plus favorisées est de 76,1 ans. Elle est de 71,1 ans dans le cas des municipalités ou des quartiers les plus pauvres. Un écart de plus de cinq ans.

La défavorisation, la mortalité prématurée ainsi que la surmortalité ne se distribuent pas au hasard sur l'ensemble du territoire. Elles touchent principalement les centres-villes de La Tuque, Shawinigan, Grand-Mère, Trois-Rivières, Cap-de-la-Madeleine, Drummondville et Victoriaville. Quoiqu'affectée par une certaine défavorisation, la partie rurale de la Mauricie échappe en grande partie à la présence de la mortalité prématurée ou de la surmortalité. En revanche, quelques municipalités rurales du Centre-du-Québec sont aux prises avec une problématique de mortalité qui n'est pas reliée, à la vue des données actuelles, à la défavorisation.

Ces résultats permettent de regrouper les communautés régionales en deux ordres de classement. Un premier ordre propose une typologie qui comprend sept groupes de référence. Ces groupes se distinguent par le fait que les communautés qu'ils contiennent sont plus ou moins touchées, ou pas touchées du tout, par la mortalité prématurée, la surmortalité ou la défavorisation. Un deuxième ordre de classement, en plus de valider le premier, permet d'identifier une vingtaine de communautés pour lesquelles il serait

prioritaire d'intervenir afin de réduire sensiblement les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Table des matières

Résumé 5

1 Introduction 13

2 Lexique des termes techniques 15

3 Éléments de problématique et de contexte de la recherche 19

4 Méthodes et procédés 25

4.1 Les communautés 25

4.2 La défavorisation 27

4.3 La santé 29

5 Résultats et analyse 33

5.1 La cartographie des inégalités socio-économiques 33

5.2 L'indice de défavorisation et le cas de la mortalité prématurée 37

5.3 L'indice de défavorisation et le cas de la surmortalité 38

5.4 L'indice de défavorisation selon la surmortalité et la mortalité prématurée réunies 39

5.5 La défavorisation et la mortalité selon le sexe 39

5.6 La cartographie de l'âge moyen observé au décès 41

5.7 La cartographie de l'indice comparatif de mortalité 44

5.8 Le tableau général des résultats 48

5.8.1 La répartition des UEA en fonction des différentes catégories de la mortalité et des quintiles de défavorisation (typologie qualitative) 48

5.8.2 La répartition des UEA en fonction d'une mesure synthétique de la mortalité et des quintiles de défavorisation (typologie quantitative) 54

6 Discussion 57

7 Conclusion 61

Bibliographie 63

Annexes 67

Annexe : A Index des unités écologiques d'analyse du territoire sociosanitaire de la Mauricie 69

Annexe : B Index des unités écologiques d'analyse du territoire sociosanitaire du Centre-du-Québec 77

Annexe : C Liste des UEA selon leur numéro d'identification 81

Liste des tableaux

Tableau 1 : Corrélations partielles entre l'indice de défavorisation et les six indicateurs 29

Tableau 2 : Répartition des UEA de la Mauricie et du Centre-du-Québec en fonction de leur caractère urbain ou rural 36

Tableau 3 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'y observer une mortalité prématurée ou non 37

Tableau 4 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'y observer un ICM en surmortalité ou non 38

Tableau 5 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'y observer une mortalité prématurée ou un ICM en surmortalité 39

Tableau 6 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'observer une mortalité prématurée et une surmortalité chez les hommes et chez les femmes 40

Tableau 7 : Espérance de vie selon le quintile de défavorisation et selon le sexe 41

Tableau 8 : Nombre de UEA en situation de mortalité prématurée dans les villes à l'étude selon le quintile de défavorisation 44

Tableau 9 : Nombre de UEA en situation de surmortalité dans les villes à l'étude selon le quintile de défavorisation 45

Tableau 10 : Tableau synoptique des résultats selon l'état de la mortalité et le quintile de défavorisation pour chaque UEA 50

Tableau 11 : Liste des UEA problématiques, vulnérables et fragiles (groupes A, B et C) 51

Tableau 12 : Liste des UEA à surveiller et aisées (groupe D et E) 52

Tableau 13 : Liste des UEA avantagées (groupe F) 53

Tableau 14 : Liste des UEA atypiques (groupe G) 53

Tableau 15 : Liste des UEA en situation problématique au plan socio-économique et au plan de la mortalité (quadrant I) 56

Liste des cartes et des figures

Carte 1 : Carte synoptique des unités écologiques d'analyse 17

Carte 2 : Indice composite de défavorisation : UEA rurales de la Mauricie et du Centre-du-Québec 33

Carte 3 : Indice composite de défavorisation : UEA urbaines de la Mauricie et du Centre-du-Québec 35

Carte 4 : Âge moyen observé au décès : UEA rurales de la Mauricie et du Centre-du-Québec 42

Carte 5 : Âge moyen observé au décès : UEA urbaines de la Mauricie et du Centre-du-Québec 43

Carte 6 : Indice comparatif de mortalité : UEA rurales de la Mauricie et du Centre-du-Québec 46

Carte 7 : Indice comparatif de mortalité : UEA urbaines de la Mauricie et du Centre-du-Québec 47

Figure 1 : Répartition des UEA selon l'indice de défavorisation et l'indice de mortalité 55

1 Introduction

Il est largement admis aujourd'hui que l'augmentation générale de l'espérance de vie observée au cours des dernières années, la victoire sur la tuberculose, le déclin des maladies infectieuses et l'abaissement de la mortalité infantile ont été obtenus en bonne partie grâce à l'assainissement général des milieux de vie et l'amélioration des conditions d'existence des plus démunis. Passé l'établissement de conditions minimales d'hygiène et de salubrité et malgré la présence d'un système universel de soins et de services de qualité, les inégalités devant la maladie et la mort ont néanmoins perduré[1].

De ce fait, et du point de vue des énoncés ministériels comme des politiques gouvernementales[2], la chose est maintenant entendue : en matière de santé et de bien-être, il faut s'engager dans la lutte contre les inégalités. Ce point de vue est aussi celui du *Plan de consolidation 1999 – 2002*[3] de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec pour lequel la question de la lutte à la pauvreté et du développement des communautés est un élément majeur.

Parmi les mesures préconisées par le *Plan de consolidation* pour contrer les effets de la pauvreté sur la santé, certaines touchent à une meilleure connaissance des écarts de richesse et des écarts de santé au sein de la population. D'où le projet de brosser un portrait des inégalités pour l'ensemble de la région et pour chacun des territoires locaux. Un tel portrait, capable de bien décrire la dynamique de la pauvreté et des inégalités, devrait permettre de mieux orienter les interventions de santé et de bien-être et de moduler le déploiement des services en fonction des caractéristiques des milieux de vie.

En conséquence, la présente recherche vise les objectifs suivants :

- Établir un profil sociosanitaire de la région dont l'angle de vue est pris à l'échelle des communautés et des milieux de vie;

---

[1] Voir entr'autres sur ce sujet l'article de Jean-François Chanlat : « Types de société, types de morbidité », *Traité d'anthropologie médicale*, Presses de l'université du Québec, 1985.

[2] Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *La politique de la santé et du bien-être*, 1992; Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Priorités nationales de santé publique 1997 – 2002*, 1997; Conseil de la santé et du bien-être, *La participation comme stratégie de renouvellement du développement social*, document de réflexion. Avril 1997.

[3] Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Plan de consolidation 1999 – 2002, *Une vision d'amélioration continue : Pour un réseau tissé serré*, avril 1999.

- associer et illustrer pour chacune des communautés ou des unités d'analyse à l'étude des données relatives à la santé et des données relatives aux déterminants de la santé (données socio-économiques);

- estimer la portée et les limites des liens entre les données de santé et les données socio-économiques.

L'ordre de présentation du document obéit aux critères habituels. Seule exception à cette règle, nous proposons, d'entrée de jeu, un petit lexique des termes techniques utilisés dans l'une ou l'autre des sections du rapport. Grâce à lui, le lecteur qui le souhaite pourra prendre connaissance des résultats de la recherche avant de lire les parties consacrées à la problématique, aux éléments de contexte et à la méthodologie.

2 Lexique des termes techniques

L'analyse écologique : analyse portant non pas sur des individus mais sur des territoires. L'information concernant ces territoires est issue des données agrégées issues de grands fichiers statistiques comme les données du recensement ou celles du Registre de la population.

Les Unités écologiques d'analyse (UEA) : ce sont les ensembles géographiques ou les unités de base à partir desquels sont calculés des indicateurs ou des taux. En milieu urbain, les UEA correspondent à des paroisses ou à des quartiers. En milieu rural, elles correspondent aux limites géographiques des municipalités; l'ensemble des UEA à l'étude apparaît sur la carte 1. Pour les fins de la présente recherche, la région a été divisée en 209 UEA.

La défavorisation : c'est une mesure relative de la pauvreté. Elle est obtenue à partir d'un certain nombre d'indicateurs du recensement de 1996 comme le taux de chômage, le taux de familles monoparentales, le nombre de personnes qui vivent seules, etc. Ces indicateurs sont «réduits» dans un indice global, dit indice composite de défavorisation dont les valeurs peuvent être regroupées en cinq quintiles. Les UEA peuvent dont être classées en cinq catégories : (1) plus favorisé, (2) favorisé, (3) moyen, (4) défavorisé, (5) plus défavorisé.

La santé et le bien-être : pour des raisons qui sont expliquées dans la section méthode, la santé et le bien-être sont mesurés ici par un *proxy*, soit par des indicateurs de mortalité. Par exemple, si la population de telle ou telle communauté meurt plus jeune ou plus vieille, en plus grand nombre ou en plus petit nombre, cela reflète indirectement le fait que cette même population jouit d'un état de santé ou de bien-être qui peut être considéré comme étant excellent, bon ou moins bon.

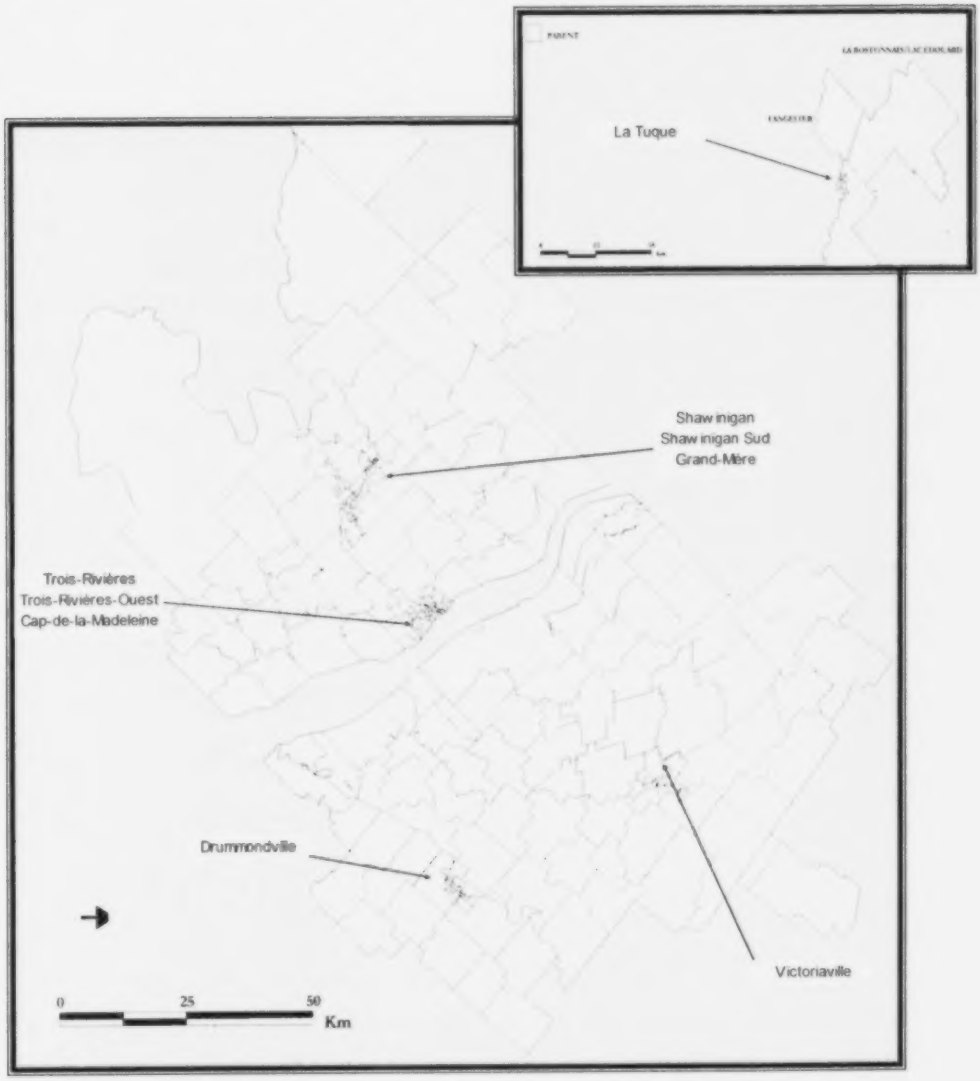
La mortalité : La mortalité est mesurée de deux façons, soit en terme de durée de vie écoulée, soit en terme de nombre de décès observés. Dans le premier cas, une population se caractérise par le fait que les individus qui la composent peuvent mourir à un âge moyen correspondant à l'âge moyen attendu (étant donné la structure d'âge et de sexe de la population), à un âge moyen plus jeune que l'âge attendu ou à un âge moyen plus vieux que l'âge attendu. Dans le second cas, une population peut se retrouver avec un nombre de décès observés qui correspond au nombre des décès attendus (étant donné toujours sa structure d'âge et de sexe), qui est supérieur au nombre attendu ou inférieur au nombre attendu. Deux indicateurs servent à décrire

cette double réalité : AMO (Âge moyen observé au décès) et ICM (Indice comparatif de mortalité). Pour une UEA donnée, AMO et ICM peuvent prendre respectivement trois valeurs : AMO désigne soit un état de prématurité du décès, de longévité ou de normalité; ICM s'applique quant à lui à une situation de sous-mortalité, de mortalité moyenne ou de surmortalité.

La cartographie : trois séries de cartes servent à représenter les données. Chaque série contient deux cartes, l'une pour le milieu rural, l'autre pour le milieu urbain. Les cartes 2 et 3 illustrent l'indice composite de défavorisation selon le quintile d'appartenance des UEA. Les cartes 4 et 5 illustrent AMO en trois catégories (mortalité moyenne, prématurité et longévité) et les cartes 6 et 7 illustrent ICM également en trois catégories (ICM moyen, surmortalité et sous-mortalité). En annexe, question d'associer chacun des découpages avec un nom, un index des UEA permet de repérer et d'identifier chacune des unités d'analyse à l'étude.

La représentation spatiale : à l'instar de ce qui est fait pour la défavorisation, une réduction factorielle des valeurs de AMO et des valeurs de ICM permet d'obtenir un indice composite de mortalité. Cet indice permet de tracer un graphique à neuf quadrants, dont l'un identifie les UEA pour lesquelles il serait prioritaire d'intervenir du point de vue de la santé et du bien-être.

Carte 1 : Carte synoptique des unités écologiques d'analyse



3 Éléments de problématique et de contexte de la recherche

La relation entre la pauvreté et les inégalités de santé est bien documentée. De nombreuses enquêtes transversales ou longitudinales, menées depuis une trentaine d'années auprès de personnes de toutes origines et auprès de multiples cohortes d'individus, se sont intéressées aux liens entre les disparités sociales et économiques et l'état de santé. C'est ainsi que des inégalités ont été observées autant pour la mortalité [4] que pour la morbidité en général[5], pour presque toutes les causes de décès[6] et pour à peu près tous les types de maladies[7]. À noter que les inégalités sociales et économiques en lien avec la santé touchent et les hommes et les femmes[8], quoiqu'elles prennent des formes différentes pour ces dernières dans le cas de la mortalité[9].

Mais il y a plus. L'influence des inégalités sociales et économiques déborde largement le cercle de la santé physique et celui de la mortalité. Les personnes dites défavorisées aux plans des revenus, de la scolarité et de la participation sociale sont plus souvent victimes

---

[4] Pour les inégalités de type socio-économique (scolarité et revenu), voir : Paula M. Lantz et al. (1998), Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality, *JAMA*, vol. 279, n° 21; pour les inégalités mesurées à partir du statut socio-professionnel, voir : David I. Gregorio et al. (1997), The effects of occupation based social position on mortality in a large american cohort, *American Journal of Public Health*, vol. 87.n° 9; pour les inégalités vérifiées à partir du revenu, voir : Peggy McDonough et al. (1997), Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989, *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9;

[5] Les inégalités de santé perçue telles que mesurées par un statut socio-économique : Harry Hemmingway et al. (1997), The Impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by SF-36 Questionnaire : The Whitehall II Study, *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9;

[6] Il s'agit des disparités sociales et de leur impact sur la mortalité par cancer, par maladies cardio-vasculaires et mortalité infantile : Ichikawa Kawaguchi et al. (1997), Social capital, income inequity, and mortality, *American Journal of Public Health*, vol. 87, n° 9; pour une mesure du statut socio-économique sur une anomalie congénitale reliée à une grossesse à risque, voir : Cathy R. Wasserman et al. (1998), Socioeconomic status, neighborhood social conditions, and neural tube defects, American *Journal of Public Health*, vol. 88, n° 11.

[7] En particulier : J. Eachus et al. (1996), Deprivation and cause specific morbidity : evidence from the Somerset and Avon survey of health, *British Medicine Journal*, volume 312.; Pour la tuberculose : Andrew R. Zolopa et al. (1994), HIV and Tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults, *JAMA*, vol. 272, n° 6.

[8] Johan P. Mackenbach et al. (1999), Socioeconomic inequities in mortality among women and among men : An international study, *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 12.

[9] Amanda Sacker et al., (1999): Comparing health inequality in men and women : prospective study of mortality 1986 – 1996, *British Medicine Journal*, volume 320.

de détresse psychologique, plus souvent aux prises avec la violence, la criminalité, l'alcoolisme et les toxicomanies[10].

Quelques exemples ici sur l'ampleur de la relation entre inégalités sociales et économiques et inégalités de santé et de bien-être. Entre 1970 et 1990, en Angleterre, si la mortalité a chuté de 40 % chez les professionnels, elle n'a diminué que de 10 % chez les ouvriers[11]. À Montréal, selon un rapport du directeur de la santé publique, les personnes à faible revenu affichent un excédent de mortalité par suicide de l'ordre de 111 %, de mortalité par cancer du poumon de 62 % et de mortalité par cardiopathie de l'ordre de 31 %[12]. Pour l'ensemble du Québec, les dernières grandes enquêtes en santé dentaire ont mis à jour le fait que 20 % des jeunes, issus en grande partie de milieux défavorisés, se partagent environ 80 % de l'ensemble des caries observées[13].

À l'échelle des personnes, les inégalités sociales et économiques se transforment invariablement en inégalités de santé et de bien-être. Mais la relation observée entre les facteurs déterminants et ses conséquences chez un même individu vaut-elle aussi pour les communautés ? Ce qui est vrai pour les personnes, l'est-il aussi pour les grands ensembles ? La question n'est pas inutile. Car l'on n'agit pas semblablement selon que l'on considère les communautés prises comme un tout ou selon que l'on s'intéresse aux éléments qui les composent. On ne participe pas au développement des communautés de la même façon que l'on procède, dans une relation d'aide, au renforcement du potentiel d'un individu.

La relation entre les inégalités socio-économiques et la santé a été vérifiée, à l'échelle des communautés, de deux façons, soit, d'une part, par les études monographiques, soit, d'autre part, par les études écologiques.

---

[10] En particulier : Santé Québec : Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1 et 2; Ginette Paquet (1989), *Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle*, Institut québécois de recherche sur la culture, chapitre 1.

[11] Donald Acheson (1998), *Independent inquiry into inequalities in health report*, London : The Stationery Office.

[12] Direction de la santé publique (1998), *Rapport annuel sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé*, Régie régionale de Montréal-Centre.

[13] Jean-Marc Brodeur (1991) : *Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans.* Rapport final, Montréal.

Dans la foulée des travaux de l'école de Chicago [14] et du courant plus actuel de l'épidémiologie sociale [15], plusieurs monographies ou études de cas ont démontré que les environnements où les relations de voisinage et les liens d'entraide sont détériorés, les quartiers où l'on ne retrouve plus d'écoles et peu de services publics, les milieux de vie qui se caractérisent par une diminution démographique, un fort pourcentage de personnes inoccupées, par des déménagements fréquents et par une absence de propriétaires résidents, les villages ou les petites villes où sévit une criminalité supérieure, bref les environnements en désintégration sociale et économique sont aussi les endroits où les gens se perçoivent en mauvaise santé et où l'on retrouve le plus de problèmes de santé mentale mais où aussi, à vrai dire, les gens adoptent les plus mauvaises habitudes de vie[16].

Les études monographiques constituent des exercices de longue portée. Elles exigent des investissements importants en ressources financières et humaines. Elles permettent certes une analyse en profondeur d'une communauté donnée, mais se prêtent moins bien à l'exercice des études comparatives. Elles peuvent rarement, enfin, être entreprises pour l'ensemble des communautés qui forment un vaste territoire comme par exemple une région socio-sanitaire.

Les études écologiques quant à elles se distinguent des monographies en cela que ses résultats ne sont pas obtenus directement auprès de la population, mais à partir des données provenant de grands fichiers de recensement et agrégées pour différents territoires. L'hypothèse sous-jacente à cette approche est que le niveau socio-économique de l'unité territoriale où réside un individu est une bonne approximation de son propre niveau socio-économique[17].

---

[14] Pour un regard emblématique sur l'École de Chicago, voir : Jean-Michel Chapoulie (1984), E.C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie, *Revue française de sociologie*, numéro XXV, pp 582-608

[15] Yen I.H., Kaplan G.A., (1998) : Neighborhood social environment and risk of death : multilevel evidence from the Alamada County Study, *American Journal of Epidemiology*.

[16] Tel que rapporté par I.H. Yen and S.L. Syme (1999) : The social environnement and health : A discussion of epidemiologic literature, *Annual Review of Public Health*, volume 20; Voir aussi un classique sur le sujet : Roland L. Warren (1965) : *Studying your community*, The Free Press, Collier Macmillan Publishers, London; Enfin : Réal Boisvert et Louise Lemire (1990) : *Regard sur la problématique de la santé mentale : désintégration et réseaux d'entraide dans quatre communautés de la Mauricie*, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.

[17] Marc Ferland et al. (1998), *Santé et inégalités sociales au Québec : une analyse comparative du pourcentage d'assistés sociaux par CLSC en tant qu'indicateur socio-économique*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.

L'intérêt de l'approche écologique est que non seulement elle met en lumière le fait que les personnes qui partagent certaines caractéristiques sociales et économiques ont tendance à se regrouper dans l'espace, mais aussi, qu'elle permet d'établir un lien direct entre l'état de santé et de bien-être de cette population et les caractéristiques sociales et économiques de leur communauté[18].

C'est ce que nous apprennent les travaux de Choinière[19] voulant que, à Montréal, dans le quintile des secteurs de recensement où les revenus sont les plus faibles, les hommes ont une espérance de vie de 69,4 ans en comparaison de 75,5 ans pour le quintile où les revenus sont les plus élevés. C'est également ce que nous enseignent Pampalon et Raymond[20] lorsqu'ils signalent que, pour le Québec, les secteurs de dénombrement du décile le plus défavorisé regroupent une population dont l'espérance de vie affiche un écart de 5,2 ans par rapport à la population du décile le plus favorisé.

Précisons ici qu'un quintile ou un décile contiennent bien sûr un nombre variable d'unités et que ces unités, selon les études concernées, peuvent être de différentes tailles. Pour Choinière, il s'agit, dans certains cas, du district de CLSC. Pour Pampalon, de l'unité la plus petite de Statistique Canada, le secteur de dénombrement. Dans les deux cas, lorsque regroupées en quintiles ou de déciles, les unités perdent leurs valeurs respectives au profit d'une valeur moyenne. En l'occurrence, une espérance de vie de 69,4 pour les hommes qui habitent les secteurs où les revenus appartiennent au quintile le plus défavorisé s'applique à l'ensemble des unités de ce quintile. Il est possible que cette valeur varie sensiblement, que telle ou telle unité regroupe des hommes dont l'espérance de vie est soit supérieure, soit inférieure à la moyenne. Mieux encore, il peut même arriver que la valeur moyenne observée pour un quintile donné soit l'expression de tendances contraires.

D'où l'intérêt de distinguer, à défavorisation égale, les communautés qui éprouvent des problèmes de santé de celles qui n'en éprouvent pas. De localiser par exemple, au sein d'un regroupement comme un décile ou un quintile, les unités ou les communautés qui tout en étant affectées par des conditions socio-économiques difficiles sont ou bien

---

[18] Voir : Marc Renaud (1994) : « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, mars-avril, p. 15-25.

[19] Robert Choinière (1993) : Les inégalités socio-économiques et culturelles de la mortalité à Montréal à la fin des années 1980, *Cahiers québécois de démographie*, vol. 22, n° 2.

[20] Robert Pampalon et Guy Raymond (2000), *Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec*, Ministère de la Santé et des services sociaux et Institut national de santé publique (non publié).

relativement épargnées en raison de certains facteurs de protection, ou bien échappent à cette relation pour d'autres raisons.

Dans un autre ordre d'idée maintenant. Depuis presque dix ans déjà, les résultats des enquêtes sociales et de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec[21], mieux connus sous l'appellation Santé Québec, ont eu l'immense mérite de bien documenter les relations entre certains indicateurs de santé et la condition socio-économique des personnes. Mais ces résultats, issus d'échantillons, ne s'appliquent pas à un CLSC ou une ville en particulier. Ils concernent l'ensemble de la population régionale. Inversement, les publications courantes comme le Profil sociodémographique ou les bulletins sur la mortalité des 65 ans et plus[22], sur les ménages sous le seuil de faible revenu[23], sur l'activité et l'inoccupation[24] brossent des portraits sociosanitaires qui s'appliquent à des territoires précis, sauf qu'ils traitent de façon indépendante les déterminants de santé et leurs conséquences.

Suivant ces deux sources de données, dans le cas de Santé Québec, on est bien au fait de la relation voulant que des inégalités de santé soient liées à la pauvreté; dans le cas des bulletins ou du Profil sociodémographique, on sait que tel ou tel secteur est plus ou moins pauvre et tel autre plus ou moins affecté par des problèmes de mortalité ou de morbidité. Mais au terme de l'exercice, on ignore, dans les deux cas, si tous les milieux aux prises avec des conditions de vie difficiles éprouvent réellement des problèmes de santé. Ou encore, à défavorisation égale, on ne peut être en mesure de dire si certains quartiers ou certains villages s'en sortent mieux que d'autres. Voilà autant de questions qui méritent de trouver réponse.

---

[21] *La santé de la population de la région, Faits saillants de l'enquête Santé Québec pour la région socio-sanitaire 04,* Le Groupe Profil 04, DSC de la région 04, 1990; Enquête sociale et de santé 1992-1993, *Faits saillants pour la région Mauricie-Bois-Francs,* Régie régionale Maurice-Bois-Francs, 1996; les résultats de l'enquête 1998, disponibles sous peu.

[22] Bulletin Profil : *La mortalité chez les 65 ans et plus dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec,* vol. 7, n° 3, 1999.

[23] Bulletin Profil : *Population de la Mauricie et du Centre-du-Québec au sein des ménages sous le seuil de faible revenu,* 1995, vol. 7, n° 4, 1999.

[24] Bulletin Profil : *L'activité et l'inoccupation en Mauricie et au Centre-du-Québec,* vol 7, n° 5, 1999.

4 Méthodes et procédés

4.1 Les communautés

Le principe de regroupement : les Unités écologiques d'analyse (UEA)

Une bonne description des caractéristiques sociales et économiques et des caractéristiques de santé d'une population réside dans la définition d'un cadre géographique approprié[25]. Il importe donc de mettre au point des unités d'observation qui réunissent des populations relativement homogènes, question de ne pas gommer, sous l'apparence de moyennes trompeuses, des caractéristiques contraires. Il est important aussi de former des unités géographiques dont la taille autorise des analyses et des traitements statistiques tant élémentaires (calcul de taux) que plus sophistiqués (tests statistiques).

Plus précisément, pour les fins de la présente recherche et comme cela a déjà été mentionné ailleurs[26], le district sociosanitaire correspondant au territoire de CLSC nous est apparu, en milieu rural surtout, un territoire trop populeux et trop hétérogène. La plus petite unité de découpage de Statistique Canada, le secteur de dénombrement (utilisé par Pampalon et Raymond), quoique relativement homogène, est de taille trop petite. Les Unités écologiques d'analyse (UEA) retenues ici sont les municipalités pour le milieu rural et les paroisses ou les quartiers pour le milieu urbain. Cela pour deux raisons. Premièrement, ce choix génère des unités d'analyse dont la taille moyenne, de 1 500 à 2 500 personnes, permet de construire des taux, des proportions ou des nombres moyens calculés à partir d'un nombre acceptable de cas. Deuxièmement, les indicateurs issus de ces divers calculs auront la propriété d'être discriminants, tant en milieu rural[27] qu'en milieu urbain.

---

[25] Voir en particulier : Michael Wolfson et al. (1999) : Relation between income inequality : empirical demonstration, *British Medicine Journal*, Volume 319, surtout pour tenir compte des objections de H. Gravelle voulant que la relation observée, à l'échelle des communautés, entre inégalités socio-économiques et mortalité est un artifice statistique car les populations qui se distinguent, à pauvreté égale, par une distribution plus égalitaire des revenus ont des taux de mortalité plus bas. Voir aussi : Jean-Pierre Saint-Cyr (1998): *Les aires homogènes du Bas-Saint-Laurent*, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.

[26] Marc Ferland, op. cit. p. 36.

[27] Sauf une ou deux exceptions en milieu rural comme cela est le cas pour Saint-Roch-de-Mékinac, Baie-de-Shawinigan et Parent.

La délimitation des UEA

En milieu rural, une municipalité correspond en général à une UEA[28]. Le découpage des UEA est ajusté aux frontières géographiques de la municipalité. Dans certains cas toutefois, quelques municipalités rurales ont été regroupées, notamment celles de paroisse ou de village de même nom et celles avec de trop petits effectifs avec une municipalité voisine ayant des caractéristiques similaires ou avec une municipalité ayant des codes postaux non discriminants.

Par ailleurs, la limite à partir de laquelle une municipalité devient une ville, passant ainsi du statut de ruralité à un statut de type urbain, a été établie de façon arbitraire. Il a ainsi été convenu que les municipalités dont la taille dépasse 10 000 personnes et qui, en même temps, sont la ville principale d'une agglomération de recensement appartiendraient au milieu urbain. À noter que les villes de Louiseville, de Nicolet et de Plessisville (après regroupement pour ces unités) n'ont pas les effectifs nécessaires pour avoir, dans notre démarche, un statut de type urbain.

En milieu urbain, la délimitation territoriale des UEA a été effectuée à partir de la perception qu'avaient des quartiers ou des paroisses d'une ville, ceux et celles qui les fréquentent à titre d'intervenant ou à titre de résidents[29].

Cette opération a été menée lors de rencontres de travail réunissant des informateurs clés issus de plusieurs secteurs d'activité (urbanistes, conseillers municipaux, travailleurs sociaux, intervenants communautaires, gestionnaires d'établissements publics, etc.). À tour de rôle, ceux-ci, munis de cartes géographiques du territoire, ont d'abord été invités à décomposer leur ville en nombre idéal de quartiers. Ce qui ne correspondait pas toujours bien sûr à la définition officielle des quartiers. Ensuite, ils ont été appelés à mettre en commun leur vision respective du découpage géographique. En troisième lieu, ils devaient dégager un consensus autour d'un découpage final. À cette étape, ils étaient informés de l'existence d'une contrainte. Ils devaient respecter la configuration de la plus petite unité de regroupement des données de Statistique Canada, soit ne pas refaire les limites des secteurs de dénombrement (unité représentant un îlot de 300 à

---

[28] Les exceptions s'appliquent aux municipalités qui ont dû être regroupées.

[29] Au passage, il est intéressant de relater l'observation de Georges Perec voulant que : « on appelle son quartier le coin où l'on réside et pas le coin où on travaille » ou encore : « la partie de la ville dans laquelle on a pas besoin de se rendre puisque précisément on y est », cité dans : *La ville et la toxicomanie : les enjeux de la désintégration des quartiers,* Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1999.

400 personnes). Ainsi, en milieu urbain une UEA est généralement composée de six à dix secteurs de dénombrement.

Au terme de cet exercice, le solde final des opérations a permis de fixer à 209 le nombre des UEA. Pour la partie rurale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 125 UEA ont été délimitées, dont 48 en Mauricie et 77 au Centre-du-Québec. Pour la partie urbaine, on retrouve 84 UEA dont 65 en Mauricie et 19 au Centre-du-Québec. Ces UEA sont réparties dans les villes suivantes, soit : Trois-Rivières (15), Trois-Rivières-Ouest (9), Cap-de-la-Madeleine (11), Shawinigan (7), Shawinigan-Sud (6), Grand-Mère (10), La Tuque (7), Victoriaville (8) et Drummondville (11).

La carte synoptique apparaissant au début du document (carte 1) permet de visualiser l'ensemble des 209 UEA pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. On retrouve par ailleurs à l'annexe 1 un index des UEA pour chacun des territoires socio-sanitaires de la région.

4.2 La défavorisation

Le concept de défavorisation

L'objet de la recherche consiste à dresser un portrait des inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec. Il ne porte donc pas sur la pauvreté comme telle, pour laquelle il n'existe aucune définition officielle, mais plutôt sur la défavorisation qui est une mesure relative de la pauvreté.

Comme la pauvreté, la défavorisation est une réalité multidimensionnelle. Peter Townsend [30] distingue deux grands ordres de défavorisation, l'un matériel, l'autre social. Chacun de ces ordres comprend de nombreuses catégories. Le volet matériel inclut des catégories comme l'alimentation, le logement, l'environnement et le travail. Le volet social s'applique à des aspects comme l'éducation, les loisirs, l'intégration à la communauté et les avantages reliés au travail. La défavorisation est assurément liée à un état qui se caractérise par un manque général des ressources correspondant lui-même à un ensemble de privations d'ordre matériel et social[31]. Et dans tous les cas il faut, pour la mesurer, tenir compte de ces différents aspects. Voilà pourquoi nous avons

---

[30] Peter Townsend (1987) : Deprivation, *Journal of Social Policy*, vol. 16, n° 2. Robert Pampalon dans un document cité plus haut s'inspire de Townsend pour construire un indice de défavorisation destiné à l'allocation des ressources.

[31] Voir le rapport du Comité des priorités de Centraide 1998.

retenu, parmi ces caractéristiques sociales et économiques qui permettent de prendre en compte la réalité multidimensionnelle des communautés défavorisées, celles qui ont trait à la participation sociale, aux ressources économiques, culturelles et sociales.

L'indice composite de défavorisation

La mesure de la défavorisation a été élaborée en quatre étapes. Un premier tri des variables reliées aux différentes dimensions de la défavorisation a été fait à partir du recensement de Statistique Canada de 1996. Parmi ces variables, reliées aux dimensions matérielles et sociales de la défavorisation, six indicateurs ont ensuite été retenus : le taux de chômage, le taux d'inoccupation, la proportion des personnes vivant seules, le revenu per capita, la proportion des familles monoparentales ainsi que la proportion des personnes faiblement scolarisées. Ces indicateurs ont été retenus : 1) parce qu'ils ont la réputation d'être reliés avec des indicateurs de santé[32], 2) parce qu'ils sont fréquemment employés dans la construction de différents indices socio-économiques comme celui de Mayer et Renaud [33] et de Pampalon et Raymond [34] et 3) parce que les indicateurs similaires (par exemple, le revenu moyen à la place du revenu per capita) doivent céder leur place afin d'éviter les problèmes de covariance.

Ces six indicateurs ont été soumis, en troisième lieu, à une analyse factorielle en composante principale. Rappelons que l'analyse en composantes principales est une technique mathématique permettant de réduire un système complexe de corrélations en un plus petit nombre de dimensions. La première dimension ou composante obtenue par cette analyse, c'est-à-dire celle qui explique le mieux les informations contenues dans les six variables, rend compte de 60 % de la variance totale. C'est le score factoriel de cette composante qui constitue l'indice de défavorisation dont la valeur, allant de la plus défavorisée à la moins défavorisée, s'applique à chacune des UEA. Le tableau 1, plus bas, permet de constater que les corrélations observées entre l'indice composite et chacun des six indicateurs retenus témoignent de la bonne validité de la méthode d'analyse en composante principale.

---

[32] Voir Marc Ferland, op. cit. p. 17.

[33] Jean Renaud et Micheline Mayer, (1996), *Espace urbain, espace social, Portrait de la population des villes du Québec*, Montréal, Éditions Saint-Martin.

[34] Robert Pampalon et Guy Raymond, op. cit.

Tableau 1 : Corrélations partielles entre l'indice de défavorisation et les six indicateurs

Taux de chômage :	0,733
Taux d'inoccupation :	0,893
Taux de personnes vivant seules :	0,752
Revenu per capita :	- 0,720
Taux de familles monoparentales :	0,610
Taux de personnes faiblement scolarisées :	0,640

4.3 La santé

La base de données

La mortalité est un indicateur de l'état de santé d'une population. L'hypothèse retenue ici veut qu'elle constitue un indicateur de la mauvaise ou de la bonne santé d'une communauté selon que l'on y observe une mortalité prématurée ou une certaine longévité, une sous-mortalité ou une surmortalité.

Ce choix a aussi été imposé par des considérations pratiques. La mise en relation d'un facteur de détermination avec un phénomène relié à la santé et au bien-être exige un nombre acceptable d'occurrences par unité. Cette mise en relation exige aussi que les années de référence entre les deux fichiers de données soient relativement compatibles. D'où l'impossibilité d'agréger pour chaque UEA des données correspondant à des types de morbidité ou à des problématiques sociales spécifiques. Seuls les décès sont en nombre suffisant pour les fins de l'analyse et ce, à la condition qu'ils soient recensés sur une période qui tourne autour de l'année censitaire de 1996.

Nous avons donc retenu, entre 1992 et 1997, les 23 000 décès observés en Mauricie et au Centre-du-Québec. Ce nombre exclut les décès qui ont été déclarés en Centre d'hébergement de longue durée (et qui forment un secteur de dénombrement) et tous les individus de moins de un an. Grâce à l'utilisation du code postal, il a été possible d'associer chaque décès à son UEA correspondante. La mise au point d'une distribution théorique a permis de classer les cas plus problématiques.

Par ailleurs, afin de bien appréhender la situation de la mortalité, il faut comparer les valeurs observées de ce territoire avec celles qu'il aurait eu s'il avait, compte tenu de sa structure par âge et par sexe, connu la mortalité moyenne de l'ensemble de la population (soit les valeurs attendues).

Un problème se posait, toutefois, au chapitre de la population de référence. La standardisation indirecte aurait voulu que l'on applique à nos UEA les taux de mortalité de l'ensemble du Québec. Toutefois, les données de l'ensemble du Québec ne permettent pas d'exclure la population en centre d'accueil de type Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), notamment. Cette population est quasiment absente de nos unités urbaines puisque les établissements de type CA de nos villes qui constituent, dans l'immense majorité, un secteur de dénombrement en soi sont exclus de nos unités. En outre, au plan des unités rurales, ces établissements ne se concentrent que dans quelques municipalités.

Pour contrôler, en partie, ce problème la population de référence a été modifiée et nos valeurs standardisées proviennent des taux de la région de la Mauricie – Centre-du-Québec de laquelle on a retiré la population demeurant au sein d'établissements constituant un secteur de dénombrement au dénominateur de nos taux et les décès qui se rapportaient à cette sous-population qui ont été retranchés des numérateurs des taux.

L'âge moyen observé au décès : mortalité prématurée ou longévité

L'âge moyen observé au décès (AMO) est le premier des deux indicateurs servant à mesurer la mortalité. Il est obtenu en faisant la moyenne de l'âge de tous les décès recensés pour une unité donnée sur une période de 6 ans. Cet indicateur est comparé à l'âge moyen attendu pour la même unité. Celui-ci a été calculé en tenant compte de la structure d'âge et de sexe de l'UEA. L'intervalle de confiance a été calculé pour chacune des valeurs de l'âge moyen attendu. Quand l'âge moyen observé au décès était significativement inférieur à l'âge moyen attendu, l'UEA concernée était considérée comme affichant une mortalité prématurée. Inversement, quand une UEA donnée obtenait une valeur de l'âge moyen observé significativement supérieure à l'âge moyen attendu, elle se distinguait par un phénomène de longévité.

L'indice comparatif de mortalité : surmortalité ou sous-mortalité

L'indice comparatif de mortalité (ICM), deuxième indicateur de mortalité, a été obtenu en divisant le nombre absolu de décès observés par le nombre de décès attendus. Le nombre de décès attendus correspond aux décès que l'on aurait observés pour les unités écologiques d'analyse si ces dernières s'étaient comportées comme l'ensemble du Québec en tenant compte de la structure d'âge et de sexe[35]. Dans un deuxième temps,

---

[35] Voir : Yves Pepin (1999) : La mortalité chez les 65 ans et plus dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1993 – 1997, *Bulletin Profil*, vol. 7, n° 3.

l'indice comparatif de mortalité a été soumis à un test statistique permettant de vérifier si les écarts observés sont significatifs. L'indice est de 1. Une valeur significativement supérieure à 1 désigne la surmortalité et une valeur significativement inférieure décrit un phénomène de sous-mortalité.

Comme il a été noté plus haut, pour chaque UEA, autant les valeurs de l'âge moyen au décès que celles de l'indice comparatif de mortalité ont été ajustées à la présence d'un centre d'accueil de longue durée (CHSLD). Dans le cas où le CHSLD formait à lui seul un secteur de dénombrement, toute sa population a été retirée du calcul des résultats de l'UEA correspondante. Dans le cas où le CHSLD était de taille plus réduite, comptant par exemple moins de 50 lits, les calculs des indices de mortalité de l'UEA désignée ont été faits en excluant la population des 65 ans et plus.

L'indice composite de mortalité

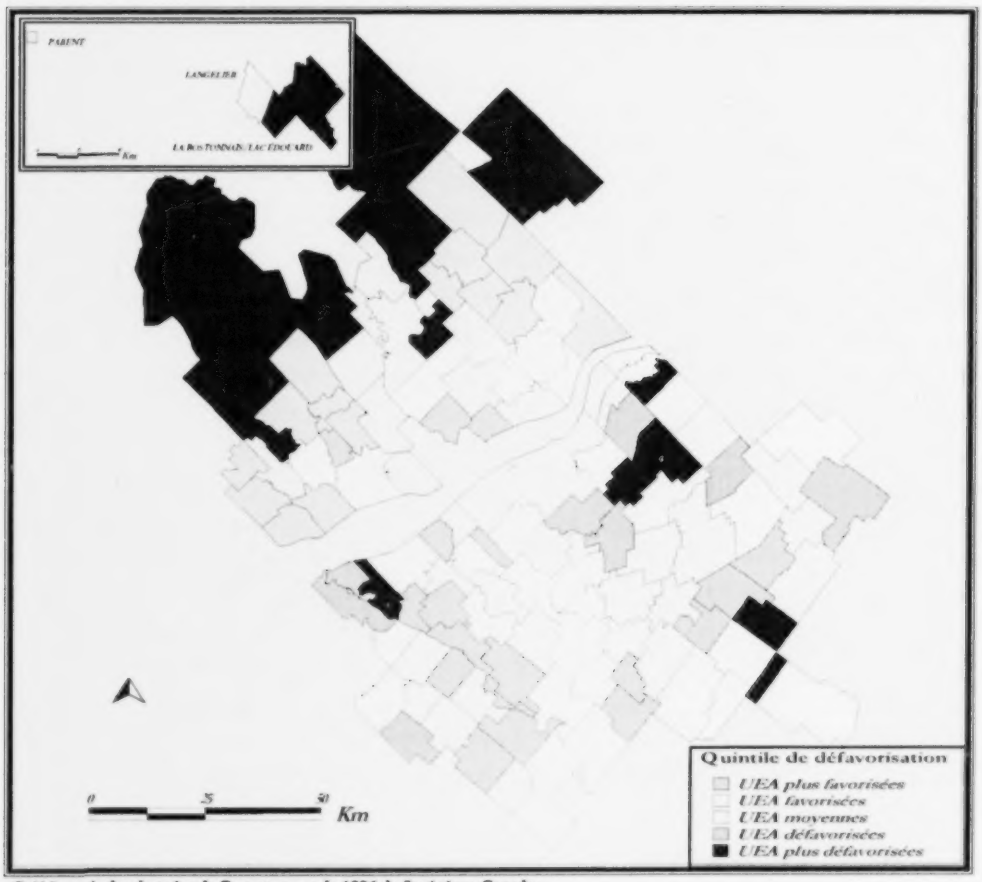
Pour la construction de l'indice de mortalité nous avons opéré une réduction factorielle du même type que celle qui a été employée pour l'indice composite de défavorisation. Deux indicateurs ont été retenus : AMO et ICM. La valeur de AMO retenue est la valeur de la borne supérieure de son intervalle de confiance divisée par la valeur de l'âge moyen attendu. La valeur de ICM retenue est la valeur de la borne inférieure de son intervalle de confiance. Le facteur AMO/ICM ou la variable composite de mortalité prend ainsi la forme d'une distribution centrée et réduite à l'intérieur de laquelle les UEA qui se situent à moins de un écart-type de la moyenne sont considérées comme étant en situation de mortalité problématique. Et inversement pour les UEA à plus d'un écart-type de la moyenne.

5 Résultats et analyse

5.1 La cartographie des inégalités socio-économiques

Comme on peut le constater à la vue des cartes 2 et 3, l'indice de défavorisation appliqué à chacune des UEA de la Mauricie et du Centre-du-Québec, lorsque rapporté en quintiles, procède de deux dynamiques bien distinctes.

Carte 2 : Indice composite de défavorisation : UEA rurales de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Créé à partir des données du Recensement de 1996 de Statistique Canada.

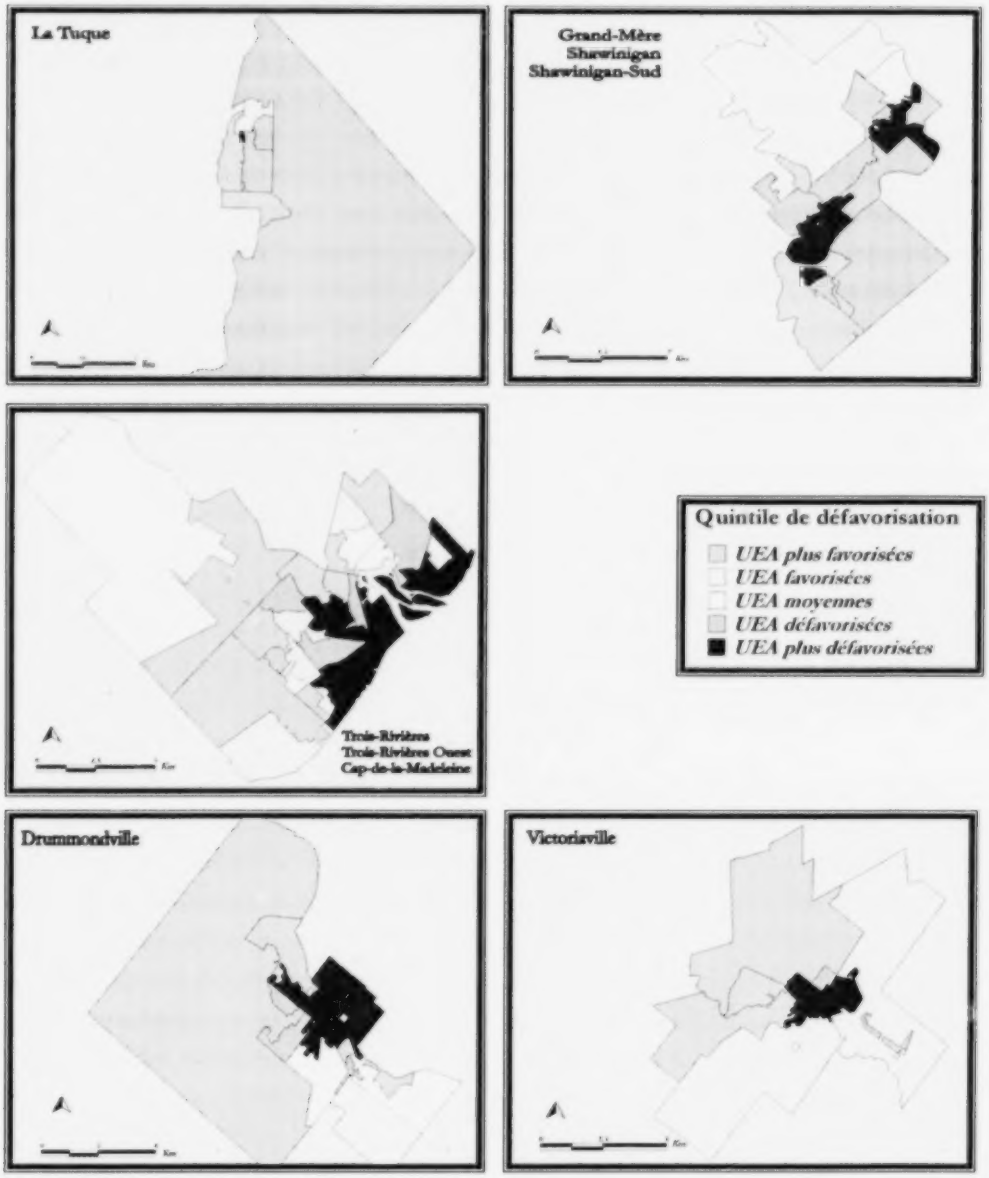
Une première tendance, illustrée sur la carte 2, démontre qu'en milieu rural la problématique de la défavorisation ne s'étale pas au hasard. Un contour en forme de « u » renversé regroupe, dans la catégorie la plus défavorisée, les municipalités de l'arrière-pays et, dans le quatrième quintile de défavorisation, les municipalités de la partie est et ouest de la Mauricie. Ce « u » renversé de la défavorisation se prolonge finement sur deux avancées longilignes aux confins du territoire du Centre-du-Québec. Cette distribution de la défavorisation est fidèle à l'image « du trou de beigne » évoquée dans le livre *Deux Québec dans un*[36], image servant à illustrer le fait que la pauvreté encercle les banlieues des villes centres et se concentre dans les centres-villes. Au Centre-du-Québec, tout se passe toutefois comme si un cerceau du beignet était manquant, laissant ainsi à découvert les municipalités plus prospères du sud et du sud-ouest du territoire.

La carte 3 indique quant à elle que, en milieu urbain, la localisation des UEA les plus défavorisées obéit elle aussi à une dynamique bien précise. Le quintile des UEA les plus défavorisées se retrouve invariablement dans les centres-villes ou dans ce que l'on désigne souvent comme étant les premiers ou les vieux quartiers. Inversement, ce sont les secteurs limitrophes et proches de la couronne de banlieue qui appartiennent aux quintiles les plus favorisés. Cette observation se vérifie pour le cœur et l'est de La Tuque, en opposition avec les secteurs de la ville qui sont riverains de la rivière Saint-Maurice. Elle s'applique à l'agglomération urbaine de Shawinigan-Sud, Shawinigan et Grand-Mère où les quartiers les plus défavorisés sont bien enserrés au nord et au sud par des UEA plus prospères. Cette même observation confirme le fait que la zone métropolitaine de Trois-Rivières se déploie selon deux modèles de développement, le premier qui répartit les quartiers les plus pauvres le long du fleuve Saint-Laurent de part et d'autre de la rivière Saint-Maurice, et le second qui renvoie les quartiers les plus riches vers le nord et vers l'ouest. Enfin, la carte 3 fait ressortir le fait que les UEA défavorisées sont localisées dans les premiers quartiers de Drummondville et que de l'unité la plus défavorisée de Victoriaville se retrouve elle aussi au centre-ville.

---

[36] Conseil des affaires sociales : *Deux Québec dans un, rapport sur le développement social et démographique*, Gaétan Morin éditeur, 1989.

Carte 3 : Indice composite de défavorisation : UEA urbaines de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Créé à partir des données du Recensement de 1996 de Statistique Canada.

Comme le démontre le tableau 2, un peu plus de la moitié des UEA de la Mauricie, tant en milieu rural qu'en milieu urbain, sont soit défavorisées ou plus défavorisées. En revanche, seulement 17,3 % des UEA rurales du Centre-du-Québec appartiennent aux

quatrième et cinquième quintiles de la défavorisation alors que c'est le cas pour un peu plus de 40 % des UEA de Victoriaville et Drummondville réunies.

Tableau 2 : Répartition des UEA de la Mauricie et du Centre-du-Québec en fonction de leur caractère urbain ou rural[37]

	UEA			
	Non défavorisées		**Défavorisées**	
Mauricie				
UEA rurales	21	*42,9 %*	28	*57,1 %*
UEA urbaines	31	*47,7 %*	34	*52,3 %*
Centre-du-Québec				
UEA rurales	62	*82,7 %*	13	*17,3 %*
UEA urbaines	11	*57,9 %*	8	*42,1 %*
Total	125	*60 %*	83	*40 %*

[37] Une UEA, soit celle du regroupement de Aston-Jonction comporte des valeurs manquantes pour un indicateur de l'indice composite, ce qui explique le fait que le total des UEA est de 208 plutôt que 209.

5.2 L'indice de défavorisation et le cas de la mortalité prématurée

Le tableau 2, ainsi que les cartes 2 et 3, donnent une bonne idée de la répartition territoriale de la défavorisation. Avant d'aborder le volet cartographique de l'état de santé comme tel, examinons les liens statistiques entre l'état de santé d'une UEA (tel qu'apprécié par l'indicateur de la mortalité prématurée) et les caractéristiques sociales et économiques de la population qui y réside. Le tableau 3 permet de constater qu'une seule UEA appartenant au quintile le plus favorisé de l'indice socio-économique (ou indice de défavorisation) affiche un état de mortalité prématurée. Par contre, 13 UEA, ou 31,7 % des UEA qui font partie du quintile le plus défavorisé, affichent une mortalité prématurée. Les UEA qui appartiennent au quintile des UEA les plus défavorisées sont donc, en moyenne, cinq fois plus touchées par la mortalité prématurée que celles qui sont les plus favorisées. À noter qu'aucun effet de gradient n'est observable entre le premier et le cinquième quintile. Cela est peut-être dû cependant au fait que la distribution des données s'appuie sur des effectifs très réduits pour les quatre premiers quintiles de défavorisation.

Tableau 3 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'y observer une mortalité prématurée ou non

	Mortalité prématurée					
Indice de défavorisation	***oui***		***non***		***Total***	
UEA plus favorisées (premier quintile)	1	*2,4 %*	40	*97,6 %*	41	*100 %*
UEA favorisées (deuxième quintile)	4	*9,5 %*	38	*91,5 %*	42	*100 %*
UEA moyennes (troisième quintile)	3	*7,1 %*	39	*92,9 %*	42	*100 %*
UEA défavorisées (quatrième quintile)	2	*4,8 %*	40	*95,2 %*	42	*100 %*
UEA plus défavorisées (cinquième quintile)	13	*31,7 %*	28	*68,3 %*	41	*100 %*
Total	23	*11,1 %*	185	*88,9 %*	208	*100 %*

5.3 L'indice de défavorisation et le cas de la surmortalité

De la même façon que cela est observé pour la mortalité prématurée, le tableau 4 démontre que la surmortalité, telle que mesurée par un ICM significativement supérieur à 1, augmente de façon directe avec l'indice de défavorisation. Alors que 4,9 % (n = 2) des UEA appartenant au quintile le plus favorisé présentent un nombre de décès supérieur à la moyenne, ce pourcentage est de 31,7 % pour les UEA du quintile le plus défavorisé. À l'instar de ce qui se passe pour la mortalité prématurée, le pourcentage des UEA en surmortalité n'évolue pas, à première vue, en gradient. Au surplus, l'association entre la surmortalité et le statut socio-économique des UEA est à peu près comparable à ce qui est observé pour la mortalité prématurée. Dans les deux cas, le quintile des UEA les plus défavorisées compte environ une UEA sur trois (environ 30 %) soit en mortalité prématurée, soit en surmortalité.

Tableau 4 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'y observer un ICM en surmortalité ou non

	ICM en surmortalité					
Indice de défavorisation	***oui***		***non***		***Total***	
UEA plus favorisées (premier quintile)	2	*4,9 %*	39	*95,1 %*	41	*100 %*
UEA favorisées (deuxième quintile)	5	*11,9 %*	37	*88,1 %*	42	*100 %*
UEA moyennes (troisième quintile)	3	*7,1 %*	39	*64,3 %*	42	*100 %*
UEA défavorisées (quatrième quintile)	6	*14,3 %*	36	*85,7 %*	42	*100 %*
UEA Plus défavorisées (cinquième quintile)	13	*31,7 %*	28	*68,3 %*	41	*100 %*
Total	29	*100 %*	179	*100 %*	208	*100 %*

5.4 L'indice de défavorisation selon la surmortalité et la mortalité prématurée réunies

On constatera sans surprise que, lorsque réunies au sein d'une même variable, la mortalité prématurée et la surmortalité se comportent de la même façon que lorsqu'elles sont considérées individuellement. Le rapport entre les UEA les plus défavorisées et les UEA les plus favorisées quant au fait qu'elles soient touchées par l'un ou l'autre dimension de la mortalité est à peu près de sept pour un (56,1 % c. 7,3 %). Les catégories intermédiaires des deuxième, troisième et quatrième quintile ne présentent pas entre elles de différences notables, déjouant encore une fois, malgré la présence d'effectifs un peu plus nombreux, la théorie du gradient social de la santé.

Tableau 5 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'y observer une mortalité prématurée ou un ICM en surmortalité

	Surmortalité ou mortalité prématurée		
Indice de défavorisation	***oui***	***non***	***Total***
UEA plus favorisées (premier quintile)	3 *7,3 %*	38 *92,7 %*	41 *100 %*
UEA favorisées (deuxième quintile)	8 *19 %*	34 *81 %*	42 *100 %*
UEA moyennes (troisième quintile)	6 *14 %*	36 *85,7 %*	42 *100 %*
UEA défavorisées (quatrième quintile)	8 *19 %*	34 *81 %*	42 *100 %*
UEA Plus défavorisées (cinquième quintile)	23 *56,1 %*	18 *43,9%*	41 *100 %*
Total	48 *100 %*	179 *100 %*	208 *100 %*

5.5 La défavorisation et la mortalité selon le sexe

Comme cela a été démontré dans plusieurs études, la défavorisation n'exerce pas le même effet chez les hommes et chez les femmes. Ces dernières ne sont pas aussi touchées que les hommes par le fait d'évoluer dans des milieux défavorisés. Tel que le démontre le tableau 6, un certain écart distingue les femmes évoluant dans les UEA du premier et du dernier quintile de défavorisation quant à la mortalité. Cet écart est de l'ordre de sept pour un. En outre, la relation entre défavorisation et mortalité est brouillée par des valeurs inattendues au deuxième quintile (11,9 % des UEA), tant pour la mortalité prématurée que pour la surmortalité.

Chez les hommes, la différence entre les deux extrêmes de l'indice de défavorisation est plus prononcée que pour les femmes, tournant, pour le cinquième quintile, autour de 30 % des UEA en mortalité prématurée ou en surmortalité. Autant pour les hommes que pour les femmes, il n'y a pas, entre le premier et le cinquième quintile de défavorisation, d'effet de gradient. Sauf que la relation a tendance à être plus régulière pour les premiers que pour les deuxièmes.

Tableau 6 : Répartition des UEA selon le quintile de défavorisation et le fait d'observer une mortalité prématurée et une surmortalité chez les hommes et chez les femmes

	Mortalité prématurée				Surmortalité			
Indice de défavorisation	***femmes***		***hommes***		***femmes***		***hommes***	
UEA plus favorisées (premier quintile)	1	*2,4 %*	1	*2,4 %*	2	*4,9 %*	2	4,9%
UEA favorisées (deuxième quintile)	5	*11,9 %*	2	*4,8 %*	5	*11,9 %*	5	11,9%
UEA moyennes (troisième quintile)	2	*4,8 %*	3	*7,1 %*	2	*4,8 %*	2	4,8%
UEA défavorisées (quatrième quintile)	1	*2,4 %*	1	*2,4 %*	4	*9,5 %*	3	7,1%
UEA plus défavorisées (cinquième quintile)	7	*17,1 %*	11	*26,8 %*	8	*19,5 %*	13	31,7%
Total	16	*100 %*	18	*100 %*	21	*100 %*	25	100%

Une autre façon d'apprécier la différence homme-femme en ce qui a trait à la mortalité consiste à l'exprimer grâce à un indicateur d'espérance de vie. Pour les données de la présente recherche, plutôt que de calculer le nombre de UEA concernées par un ICM en surmortalité et un âge moyen observé au décès en état de prématurité, il s'agit de regrouper l'ensemble des décès par quintile et de calculer la valeur de l'espérance de vie à la naissance en l'absence de la population des personnes hébergées en institution.

Le tableau 7 nous apprend qu'une différence de 5 ans distingue les hommes selon qu'ils appartiennent au premier ou au dernier quintile de défavorisation. Les premiers ont une espérance de vie de 76,6 ans alors que les seconds atteignent 71,1 ans. Chez les femmes aucune différence n'est observée entre les quintiles.

Tableau 7 : Espérance de vie selon le quintile de défavorisation et selon le sexe

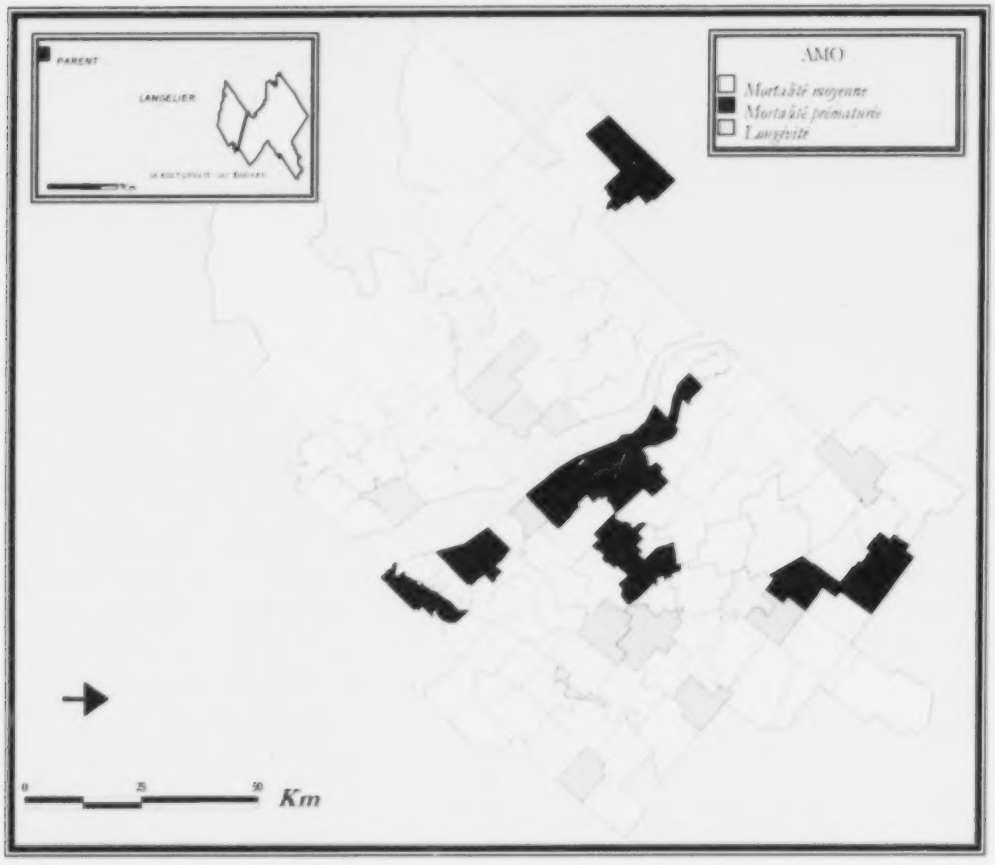
Indice de défavorisation	*femmes*	*hommes*	*total*
UEA plus favorisées (premier quintile)	82	76,1	*78,8*
UEA favorisées (deuxième quintile)	81	74,8	*78,3*
UEA moyennes (troisième quintile)	82	74,2	*78,1*
UEA défavorisées (quatrième quintile)	83	74,3	*78,3*
UEA plus défavorisées (cinquième quintile)	81	71,1	*76,4*
Région	82	74,2	*78,2*

5.6 La cartographie de l'âge moyen observé au décès

Les tableaux 3, 4, 5, 6 et 7, tout en indiquant une association certaine entre l'indice composite de défavorisation et la mortalité prématurée et la surmortalité, nous enseignent en même temps que la relation n'est pas directe ou causale, loin s'en faut. Les cartes 4 et 5 illustrent la portée et les limites de cette relation. Elles nous indiquent, à la vue des cartes 2 et 3, les UEA où les deux phénomènes coexistent et là où ils divergent.

Premier constat, tout se passe comme si en milieu rural (carte 4) la mortalité prématurée n'entretenait pas de lien avec la défavorisation. D'abord en Mauricie, malgré une forte concentration d'UEA appartenant au quatrième et cinquième quintile de défavorisation, on ne retrouve qu'une seule unité en mortalité prématurée, soit celle de Notre-Dame-de-Montauban. Cette municipalité se range toutefois dans le cinquième quintile de défavorisation. Pour la partie rurale du Centre-du-Québec, on constate que huit UEA se signalent par la présence de la prématurité du décès. Aucune de ces UEA n'est associée au cinquième quintile, soit le quintile des UEA les plus défavorisées. Une UEA, Saint-François-du-Lac, appartient au quatrième quintile. Bécancour, Sainte-Cécile-de-Lévrard et Saint-Norbert-d'Artabaska se retrouvent même dans le premier quintile, soit le quintile des UEA les plus favorisées.

Carte 4 : Âge moyen observé au décès : UEA rurales de la Mauricie et du Centre-du-Québec

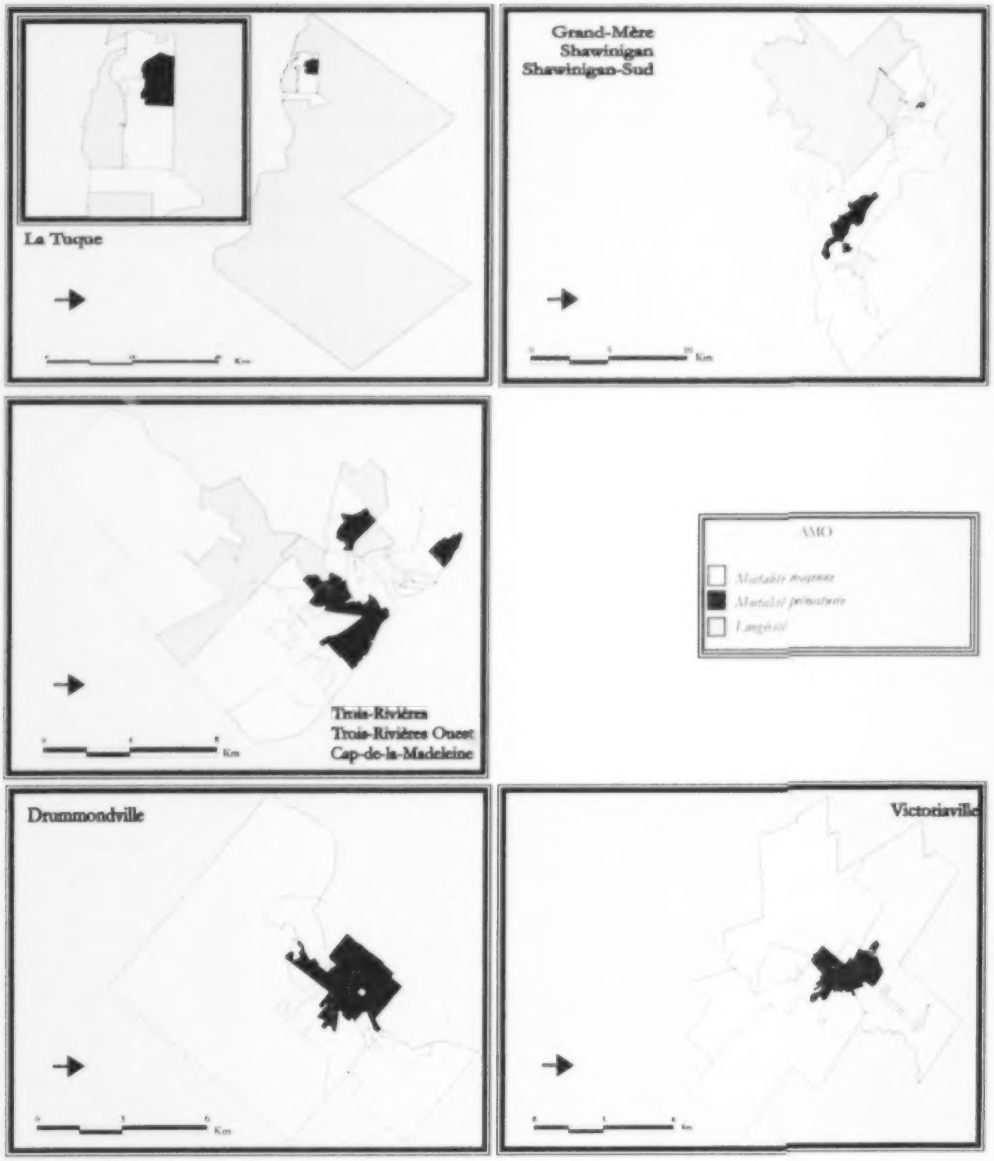


Donc, en milieu rural, tant en Mauricie qu'au Centre-du-Québec, deux UEA seulement se caractérisent à la fois par la défavorisation et la mortalité prématurée.

Ces résultats suggèrent que sur le territoire rural de la Mauricie, certains facteurs permettraient à la population qui réside dans les UEA défavorisées d'échapper aux conséquences de conditions de vie moins favorables. Au Centre-du-Québec par contre, plusieurs UEA sont aux prises avec une problématique de décès prématurés dont la cause manifestement ne relève pas de la défavorisation. En revanche, neuf des douze UEA rurales du Centre-du-Québec et de la Mauricie qui se retrouvent dans une situation où l'âge moyen au décès est supérieur aux valeurs attendues, donc qui se retrouvent en situation de longévité, appartiennent aux quatrième et cinquième quintiles les plus favorisés. Si la défavorisation n'explique pas une mortalité prématurée, il est légitime

d'avancer l'hypothèse que la mortalité tardive (ou la longévité) n'est peut-être pas étrangère à une meilleure situation sociale et économique.

Carte 5 : Âge moyen observé au décès : UEA urbaines de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Fichier régional des décès de 1992 à 1997, corrigé.

Chose certaine, un examen plus en profondeur des données est indiqué, tant pour le volet rural de la Mauricie que pour celui du Centre-du-Québec : d'abord, il se peut que la présence de petits centres d'hébergement qui ne forment pas un secteur de dénombrement en soi (donc qui ne peuvent être éliminés du fichier de la mortalité) introduisent un biais dans le calcul des indices ou des taux de mortalité; ensuite, il est possible que la problématique des traumatismes influencent les données pour les UEA qui sont contingentes aux grands axes routiers de la région.

À tout événement, la dynamique qui caractérise le milieu rural quant à la prématurité du décès ne vaut pas pour le milieu urbain. La carte 5 nous apprend qu'il y a dans les villes de la Mauricie et du Centre-du-Québec, et plus précisément dans **les centres-villes** de la Mauricie et du Centre-du-Québec, quatorze UEA qui se distinguent par une mortalité prématurée, dont une qui appartient au quatrième et douze au cinquième quintile de défavorisation.

Le tableau 8 présente de façon détaillée la proportion des UEA urbaines où la mortalité est prématurée, et ce, en fonction des quintiles de défavorisation.

Tableau 8 : Nombre de UEA en situation de mortalité prématurée dans les villes à l'étude selon le quintile de défavorisation

Villes	Quintile de défavorisation					Total
	1	2	3	4	5	
Cap-de-la-Madeleine			1		1	2
Grand-Mère					1	1
La Tuque					1	1
Shawinigan					2	2
Trois-Rivières					4	4
Drummondville					3	3
Victoriaville	0	0		1		1
Total	0	0	1	1	12	14

5.7 La cartographie de l'indice comparatif de mortalité

Alors que l'on retrouve 23 UEA en situation de mortalité prématurée en Mauricie et au Centre-du-Québec, il y en a 29 en situation de surmortalité, dont sept sur la partie rurale de la Mauricie, 8 sur la partie rurale du Centre-du-Québec, treize sur le territoire urbain de la Mauricie et une sur le territoire urbain du Centre-du-Québec. Les cartes 6 et 7 permettent de constater en outre qu'il y a 43 UEA où l'on observe une situation de

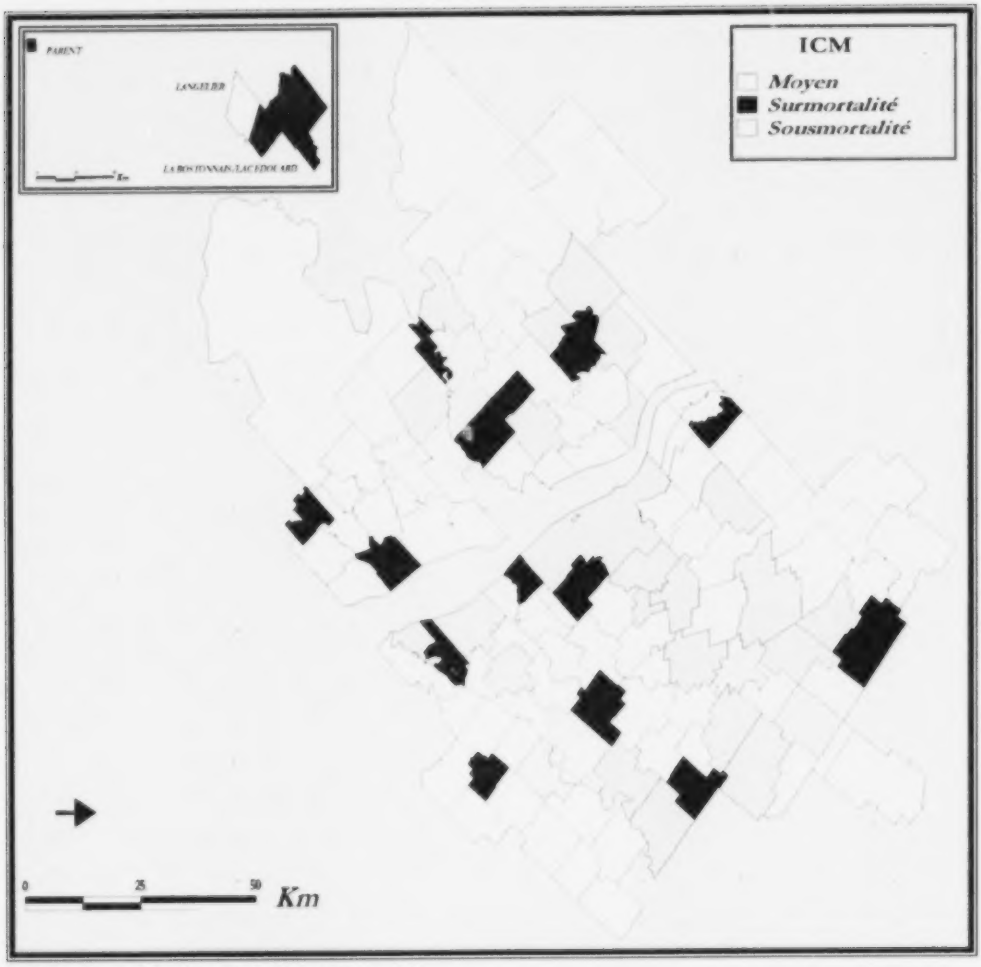
sous-mortalité. La distribution des cas de surmortalité s'apparente à celle de la prématurité du décès en ce qui concerne le territoire urbain de la Mauricie. Ils sont concentrés dans les UEA des centres-villes de Cap-de-la-Madeleine, Shawinigan, Grand-Mère et La Tuque. Une seule UEA urbaine du Centre-du-Québec est concernée, soit celle du centre-ville de Victoriaville. Dans les villes, à l'instar de ce qui se passe pour la mortalité prématurée, ce sont dans les quintiles les plus défavorisés que se recrutent les UEA en situation de surmortalité (tableau 9).

Tableau 9 : Nombre de UEA en situation de surmortalité dans les villes à l'étude selon le quintile de défavorisation

Villes	Quintile de défavorisation					Total
	1	2	3	4	5	
Cap-de-la-Madeleine			1		2	3
Grand-Mère					2	2
La Tuque				1	1	2
Shawinigan					3	3
Shawinigan-Sud	1				1	2
Trois-Rivières					1	1
Trois-Rivières-Ouest				1		1
Victoriaville	1	0	1	2	10	14
Total						

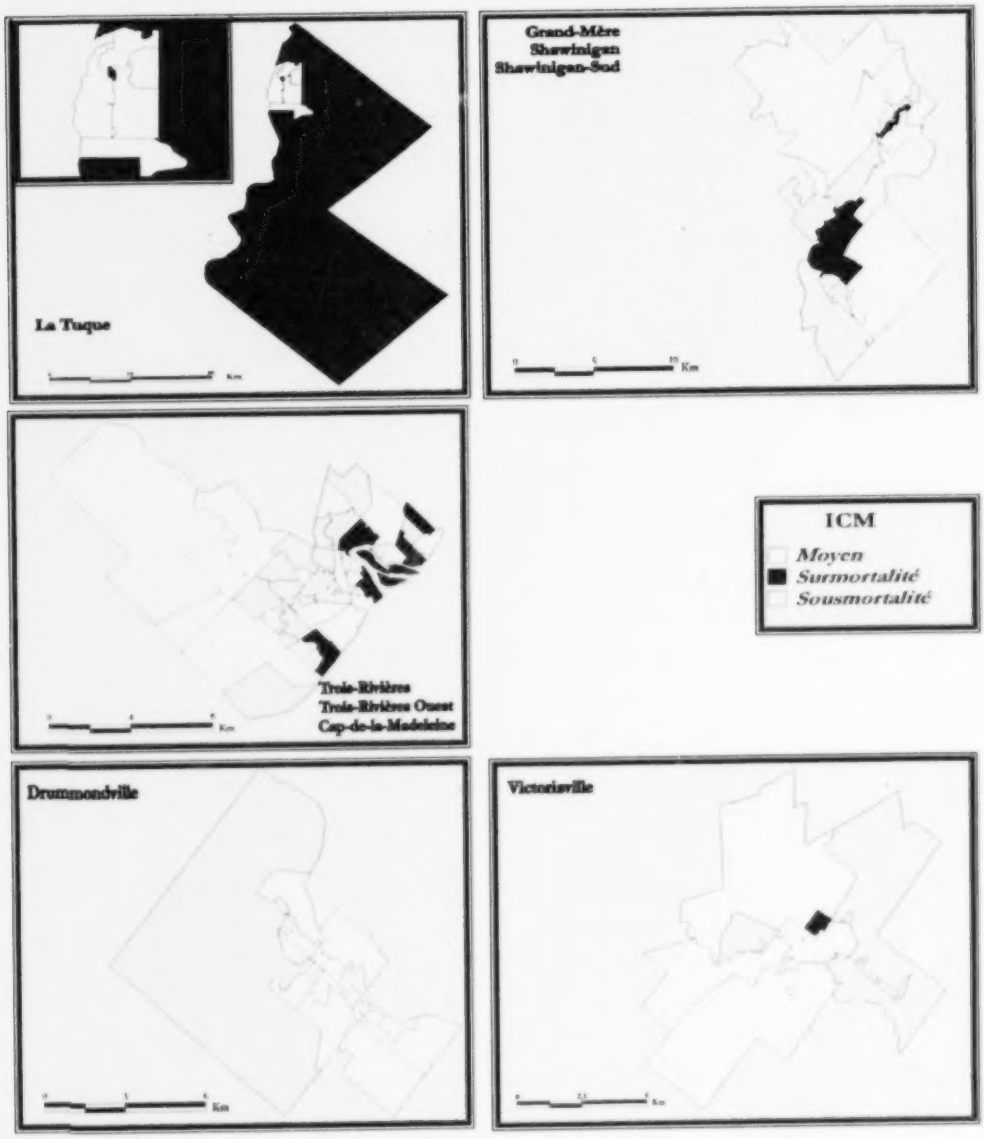
Toujours en milieu urbain, la sous-mortalité est un phénomène qui prévaut principalement dans les quartiers périphériques. En milieu rural, les ICM au-dessus (surmortalité) ou en dessous (sous-mortalité) de la moyenne attendue se retrouvent principalement au Centre-du-Québec.

Carte 6 : Indice comparatif de mortalité : UEA rurales de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Fichier régional des décès de 1992 à 1997, corrigé.

Carte 7 : Indice comparatif de mortalité : UEA urbaines de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Fichier régional des décès de 1992 à 1997, corrigé.

5.8 Le tableau général des résultats

5.8.1 La répartition des UEA en fonction des différentes catégories de la mortalité et des quintiles de défavorisation (typologie qualitative)

En plus de se répartir en quintiles, les UEA peuvent se regrouper en différentes catégories de mortalité. Puisque AMO et ICM comptent trois catégories chacun, il y a neuf combinaisons possibles lorsqu'ils sont considérés deux à deux. Le tableau 10 donne un aperçu synoptique des résultats en fonction des quintiles de défavorisation et des combinaisons de la mortalité. Il est conçu de la manière suivante. Sous la catégorie *État de la mortalité*, on retrouve les neuf combinaisons que peut prendre la mortalité du point de vue de la durée de la vie et du nombre de décès observés. Les sept premières combinaisons sont présentées en ordre, de la plus grande mortalité à la moins grande. Ainsi, à un extrême, sont réunies les UEA qui connaissent à la fois une situation de mortalité prématurée et une surmortalité et, à l'autre extrême, celles qui se distinguent par une certaine longévité et une sous-mortalité. Les deux combinaisons qui se retrouvent au bas du tableau sont des combinaisons contradictoires ou atypiques.

La deuxième colonne du tableau 10 indique le nombre d'UEA concernées par chacune des combinaisons. Les deux autres colonnes précisent comment, à l'intérieur d'une même combinaison, ces UEA se répartissent en fonction des différents quintiles de défavorisation. Enfin, une dernière colonne propose, classés de A à G, sept types de groupe de référence. Cette classification comporte bien sûr une part d'arbitraire. Mais le principe qui la régit consiste à caractériser les UEA en prenant en compte de façon simultanée la mortalité et le quintile de défavorisation, leur accolant ainsi une *étiquette* dont la seule prétention est d'opérer, sur la base du sens commun, des distinctions qualitatives entre les UEA. La typologie obtenue propose sept types d'UEA : problématiques (A), vulnérables (B), fragiles (C), à surveiller (D), aisées (E), avantagées (F) ou contradictoires (G).

La première combinaison regroupe les UEA en situation de surmortalité et de prématurité à la fois. À l'intérieur de cette combinaison trois UEA font partie des UEA les plus défavorisées. Ces UEA sont relativement problématiques. En effet, contrairement à l'autre UEA de cette combinaison qui appartient au deuxième quintile, la santé de la population de ces trois UEA n'est probablement pas étrangère à sa situation économique (groupe de référence A).

Les deux combinaisons suivantes, en gris pâle, sont des catégories intermédiaires. Problématiques aussi, mais sur une seule dimension de la mortalité. À l'intérieur de ces

deux combinaisons, l'une se distinguant par un surplus de décès, l'autre par une mortalité prématurée, on peut définir deux groupes de référence. Un premier groupe, classé B, concerne les UEA qui, en plus d'être concernées par un aspect ou l'autre d'une mortalité problématique, se retrouvent dans les catégories des UEA défavorisées. Au total, 14 UEA sur 17 et 11 sur 14 des combinaisons deux et trois appartiennent aux quatrième et cinquième quintiles de défavorisation (groupe de référence B). Un deuxième groupe, classé D, quoique lui aussi affecté par un problème de mortalité peut néanmoins compter sur des conditions de vie plus favorables, d'où l'idée de lui allouer une cote différente. Nous proposons la cote « À surveiller », ne serait-ce en raison des caractéristiques sociales et historiques propres à ces différents secteurs (groupe de référence D).

La quatrième combinaison, soit la combinaison AMO moyen et ICM moyen, est une catégorie neutre. Elle regroupe la moitié des UEA (n = 109). Il est intéressant de noter que leur répartition dans les différents quintiles de l'indice composite de défavorisation est à peu près équilibrée. Et il est surtout essentiel de retenir que 42 des UEA appartenant à cette combinaison, bien que localisées dans des milieux où les conditions de vie sont plus difficiles (quatrième et cinquième quintile de défavorisation), échappent à la mortalité prématurée ou supérieure. Ces UEA, tout en étant relativement épargnées au point de vue des décès, demeurent cependant des UEA relativement fragiles. Elles sont classées C car les quartiers ou les villages qui se rangent dans cette classe semblent bien s'en sortir du point de vue de la mortalité mais sont néanmoins aux prises avec des conditions socio-économiques moins favorables. D'où l'importance de faire en sorte que se maintienne, voire se renforce leur potentiel de protection. Les autres UEA se méritent la cote E, aucun signe particulier ne permettant, dans les conditions actuelles, de craindre pour leur développement.

Les combinaisons cinq, six et sept regroupent des UEA dont la population se distingue favorablement de la moyenne, soit parce qu'elle vit plus longtemps ou soit qu'on y dénombre moins de décès que ce à quoi on devrait s'attendre. Sur un total de 41 UEA, 26 bénéficient de conditions socio-économiques supérieures à la moyenne.

À noter que, au sein de ces combinaisons, contrairement aux résultats attendus, dix UEA appartenant aux quatrième et cinquième quintiles de défavorisation sont concernées par une sous-mortalité et un AMO moyen. Voilà une situation qui illustre les limites de la méthode. La défavorisation rend compte d'une partie des inégalités, mais elle n'explique pas tout, de la même façon qu'une relative prospérité socio-économique, à l'instar du

groupe D, n'épargne pas certaines communautés de la surmortalité ou de la mortalité prématurée.

Les combinaisons sept et huit présentent des résultats contradictoires. Elles sont atypiques. Une analyse plus en profondeur doit être faite à leur sujet. La liste des UEA selon les groupes de référence apparaît aux tableaux 11, 12, 13 et 14.

Tableau 10 : Tableau synoptique des résultats selon l'état de la mortalité et le quintile de défavorisation pour chaque UEA

	Combinaison	Quintile	Nombre d'UEA	Groupe
1	Surmortalité et prématurité du décès	2	1	D
		5	3	A
2	Surmortalité et AMO moyen	2	2	D
		3	1	D
		4	4	B
		5	10	B
3	ICM moyen et prématurité du décès	2	2	D
		3	1	D
		4	2	B
		5	9	B
4	ICM moyen et AMO moyen	1	20	E
		2	19	E
		3	28	E
		4	25	C
		5	17	C
5	ICM moyen et longévité	1	8	F
		2	4	F
		3	1	F
6	Sous-mortalité et AMO moyen	1	8	F
		2		F
		3	7	F
		4	9	F
		5	1	F
7	Sous-mortalité et longévité	1	2	F
8	Surmortalité et longévité	1	2	G
		2	2	G
		3	2	G
		4	2	G
9	Sous-mortalité et prématurité du décès	1	1	G
		2	1	G
		3	2	G
		5	1	G

Typologie : Problématique (A), vulnérable (B), fragile (C), à surveiller (D), aisée (E), avantagée (F), contradictoire ou atypique (G)

Tableau 11 : Liste des UEA problématiques, vulnérables et fragiles (groupes A, B et C)

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
a	5	Grand-Mère	Secteur du curling - Rocher	140
a	5	Shawinigan	Quartier St-Marc et Christ-Roi	144
a	5	Shawinigan	Secteur Centre-ville	146
b	5	La Bostonnais/Lac Edouard		1
b	4	Parent		3
b	4	Saint-Edouard-de-Maskinongé		29
b	4	Saint-Stanislas		48
b	5	Pierreville/St-Thomas	Pierreville/St-Thomas	104
b	5	Fortierville		116
b	5	La Tuque	Centre-ville	127
b	5	Grand-Mère	Secteur du Centre-ville	139
b	5	Shawinigan	Est de St-Marc - Est de la Station	143
b	5	Cap de la Madeleine	Basse-ville Centre	156
b	5	Cap de la Madeleine	Secteur Saint-Maurice	159
b	5	Trois-Rivières	Ste-Cécile	171
b	5	Trois-Rivières Ouest 1	Ste-Catherine-de-Sienne Sud-Est	189
b	4	Victoriaville 5	Quartier du parc Lajoie	194
b	5	Notre-Dame-de-Montauban		7
b	4	Saint-François-du-Lac		110
b	4	La Tuque	Jacques-Buteux	129
b	5	Cap de la Madeleine	Basse-ville Est	157
b	5	Trois-Rivières	Immaculée-Conception	167
b	5	Trois-Rivières	Sainte-Marguerite	170
b	5	Trois-Rivières	St-Laurent Est	176
b	5	Victoriaville	Centre-ville de Victoriaville	192
b	5	Drummondville	Centre-ville	201
b	5	Drummondville	Chemin Hemming/Sainte-Bernadette	202
b	5	Drummondville	St-Joseph/St-Jean-Baptiste	207
c	5	Grandes-Piles		4
c	4	Hérouxville		5
c	5	Lac-aux-Sables		6
c	4	Sainte-Thècle		9
c	5	Saint-Roch-de-Mékinac		10
c	4	Saint-Tite (V,M)		12
c	5	Trois-Rives		13
c	4	Baie-de-Shawinigan		14
c	4	Charrette		15
c	5	Lac-à-la-Tortue		16
c	4	Saint-Elie		19
c	5	Saint-Mathieu		23
c	4	Maskinongé/St-Joseph de Maskinongé		25
c	5	Saint-Alexis-des-Monts		26
c	4	Saint-Barnabé		27
c	5	Sainte-Angèle-de-Prémont		28
c	4	Saint-Justin		31
c	4	Saint-Paulin		33
c	4	Sainte-Anne-de-la-Pérade		42
c	4	Saint-Eugène		59
c	5	Chester-Est		68
c	5	Notre-Dame-de-Lourdes-de-Ham		71
c	4	Inverness		88
c	4	Notre-Dame-de-Lourdes		91
c	5	Lemieux		117
c	4	Sainte-Sophie-de-Lévrard		123
c	4	La Tuque	Polyvalente	131
c	5	Grand-Mère	De l'église St-Paul - Place Conso	133
c	4	Grand-Mère	Secteur des écoles Antoine-Hallé	137
c	5	Grand-Mère	Secteur du Centre Laflèche	138
c	5	Grand-Mère	Secteur du terrain de golf	141
c	4	Shawinigan	Secteur Beaux Rivages - Parc industriel	145
c	5	Shawinigan-Sud	Almaville en bas jusqu'à la 117e	150
c	4	Shawinigan-Sud	Parc industriel - est du rang St-Mathieu	153
c	5	Cap de la Madeleine	Basse-ville Ouest	158
c	4	Cap de la Madeleine	Secteur Saint-Laurent/Duplessis	160
c	5	Trois-Rivières	St-Sacrement	168
c	4	Trois-Rivières	Sainte-Marguerite	169
c	4	Trois-Rivières	St-Sacrement	181

Tableau 12 : Liste des UEA à surveiller et aisées (groupe D et E)

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
d	2	Bernerville/St-Ferdinand/Vianey		87
d	2	Saint-Gérard-des-Laurentides		21
d	2	Saint-Eugène		58
d	3	Saint-Célestin (V,M)		105
d	3	Sainte-Eulalie		106
d	2	Saint-Wenceslas		112
d	2	Sainte-Cécile-de-Lévrard		120
e	2	Langelier		2
e	2	Saint-Georges		20
e	2	Sainte-Ursule		30
e	3	Saint-Léon-le-Grand		32
e	1	Saint-Sévère		34
e	3	Yamachiche		35
e	2	Pointe-du-Lac		36
e	2	Saint-Etienne-des-Grès		37
e	2	Champlain		41
e	3	Sainte-Geneviève-de-Batiscan		43
e	3	Saint-Luc-de-Vincennes		44
e	2	Saint-Narcisse		46
e	3	Durham-Sud		49
e	3	L'Avenir		51
e	2	Saint-Bonaventure		54
e	1	Saint-Cyrille-de-Wendover		56
e	3	Sainte-Brigitte-des-Saults		57
e	2	Saint-Germain-de-Grantham		60
e	3	Saint-Guillaume		61
e	1	Saint-Joachim-de-Courval		62
e	1	Saint-Majorique-de-Grantham		64
e	1	Saint-Nicéphore		65
e	3	Saint-Pie-de-Guire		66
e	1	Wickham		67
e	2	Saint-Albert-de-Warwick		72
e	1	Sainte-Elisabeth-de-Warwick		76
e	3	Saint-Louis-de-Blandford		77
e	3	Saint-Norbert-d'Arthabaska/Nob		78
e	3	Saint-Rémi-de-Tingwick		80
e	2	Saint-Rosaire		81
e	3	Saint-Samuel		82
e	3	Sts-Martyrs-Canadien/Ham-Nord		84
e	3	Lyster		90
e	3	Plessisville (V,M)		92
e	2	Saint-Pierre-Baptiste		94
e	3	Villeroy		96
e	1	Grand-Saint-Esprit		99
e	2	La Visitation-de-Yamaska		100
e	1	Nicolet-Sud		102
e	1	Saint-Elphège		107
e	3	Sainte-Monique		108
e	2	Sainte-Perpétue		109
e	3	Saint-Léonard-d'Aston		111
e	3	Deschaillons-sur-Saint-Laurent		115
e	3	Parisville		119
e	3	Sainte-Françoise		121
e	3	Sainte-Marie-de-Blandford		122
e	2	Saint-Pierre-les-Becquets		124
e	1	La Tuque	Bertrand Arpents/Verts	126
e	2	La Tuque	Terrasse Saint-Maurice	132
e	3	Grand-Mère	Parc industriel - Rivière St-Maurice	135
e	1	Grand-Mère	Plateau - Grand-Mère est	136
e	1	Shawinigan	Shawinigan Nord, rue Belevue	149
e	1	Shawinigan-Sud	Secteur Lac Loranger - nord de la 15e	154
e	2	Cap de la Madeleine	Sainte-Bernadette Nord	163
e	3	Trois-Rivières	St-François d'Assise Est	173
e	3	Trois-Rivières	St-Laurent Ouest	178
e	1	Trois-Rivières Ouest	Jean XXIII Centre	182
e	1	Trois-Rivières Ouest	Jean XXIII Nord	185
e	2	Trois-Rivières Ouest	Ste-Catherine-de-Sienne Centre	187
e	1	Trois-Rivières Ouest	Ste-Catherine-de-Sienne Nord-Est	188
e	1	Victoriaville	Secteur de la rue Notre-Dame Nord	197
e	1	Drummondville	Carré Celanese/Fradet/ Saint-François	199
e	3	Drummondville	Des Chutes/Christe-Roi	203
e	3	Drummondville	Drummondville Sud/Celanese	204
e	1	Drummondville	La Coulée/du Golf	205
e	2	Drummondville	La Poudrière/Saint-Phillipe	206

Tableau 13 : Liste des UEA avantagées (groupe F)

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
f	1	Sainte-Marthe-du-Cap		38
f	1	Saint-Louis-de-France		39
f	2	Lefebvre		52
f	1	Saint-Charles-de-Drummond		55
f	1	Saint-Christophe-d'Arthabaska		73
f	3	Sainte-Clotilde-de-Horton		75
f	2	Laurierville		89
f	1	La Tuque	Lac Saint-Louis/Belair	130
f	1	Grand-Mère	Nord de la 10e ave. jusqu'à 15e	134
f	2	Grand-Mère	Ste-Flore - Pointe à Comeau - Lac	142
f	1	Trois-Rivières	St-Michel-des-Forges Sud	179
f	2	Victoriaville	Rang Académie	195
f	1	Victoriaville	Secteur de la rue Notre-Dame Ouest	196
f	4	Saint-Adelphe		8
f	4	Saint-Séverin		11
f	2	Saint-Boniface-de-Shawinigan		18
f	2	Saint-Jean-des-Piles		22
f	3	Batiscan		40
f	2	Saint-Maurice		45
f	3	Saint-Prosper		47
f	3	Kingsey		50
f	3	Saint-Lucien		63
f	3	Chesterville		69
f	4	Ste-Anne-du-Sault/Daveluyville		74
f	2	Saint-Valère		83
f	3	Tingwick		85
f	2	Warwick (V,M)		86
f	2	Princeville (V,M)		93
f	1	Ste-Sophie d'Halifax		95
f	4	Notre-Dame-de-Pierreville		103
f	1	Saint-Zéphirin-de-Courval		113
f	5	Manseau		118
f	4	Saint-Sylvère		125
f	4	Shawinigan	Secteur de l'école secondaire	147
f	4	Shawinigan	Secteur du collège	148
f	4	Shawinigan-Sud	Centre-ville jusqu'à la 5e	151
f	1	Shawinigan-Sud	Secteur des Chutes jusqu'à St-Michel	155
f	2	Cap-de-la-Madeleine	Saint-Gabriel Est	161
f	1	Cap-de-la-Madeleine	Sainte-Bernadette Ouest	164
f	4	Trois-Rivières	Ste-Thérèse	172
f	2	Trois-Rivières	St-Laurent Ouest	177
f	1	Trois-Rivières	St-Pie X	180
f	2	Trois-Rivières Ouest	Jean-XXIII Est	183
f	1	Trois-Rivières Ouest	Jean-XXIII Nord	184
f	3	Trois-Rivières Ouest	Jean-XXIII Sud	186
f	2	Trois-Rivières Ouest	Ste-Catherine-de-Sienne Sud-Est	190
f	1	Victoriaville	Quartier des Arbres	193
f	2	Victoriaville	Secteur de la rue Notre-Dame Sud	198
f	1	Drummondville	Saint-Pierre/Les Promenades/Grant	208
f	1	Cap-de-la-Madeleine	Sainte-Bernadette Est	162
f	1	Trois-Rivières	St-Jean-Baptiste-de-la-Salle	174

Tableau 14 : Liste des UEA atypiques (groupe G)

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
g	3	Notre-Dame-du-Mont-Carmel		17
g	4	Louiseville		24
g	2	Notre-Dame-du-Bon-Conseil		53
g	1	Kingsey Falls		70
g	2	Fusion Nicolet SJBN		101
g	4	La Tuque	Haut-Saint-Maurice/Carignan	128
g	1	Shawinigan-Sud	De la riv. St-Maurice au rang St-Mathieu	152
g	3	Cap-de-la-Madeleine	Saint-Odilon Ouest	166
g	1	Saint-Norbert-d'Arthabaska/Nob		79
g	3	Baie-du-Febvre		98
g	2	Bécancour		114
g	3	Cap-de-la-Madeleine	Sainte-Bernadette Sud	165
g	5	Trois-Rivières	St-Jean-de-Brébeuf	175

5.8.2 La répartition des UEA en fonction d'une mesure synthétique de la mortalité et des quintiles de défavorisation (typologie quantitative)

La typologie des UEA établie plus haut repose sur des critères d'association mutuellement exclusifs. En l'occurrence, les UEA sont regroupées dans l'une ou l'autre des neuf combinaisons qui les caractérisent lorsqu'elles sont définies à partir des deux variables *Âge moyen au décès* - AMO - (trois catégories) et *Indice comparatif de mortalité* - ICM - (trois catégories). Nous proposons ici de regrouper les UEA selon un autre critère. Il s'agit cette fois de les localiser dans un espace continu selon qu'elles soient plus ou moins défavorisées et plus ou moins affectées par l'une ou l'autre forme de la mortalité que sont AMO et ICM[38], utilisant, à l'instar de ce qui est fait pour la défavorisation un indice composite de mortalité.

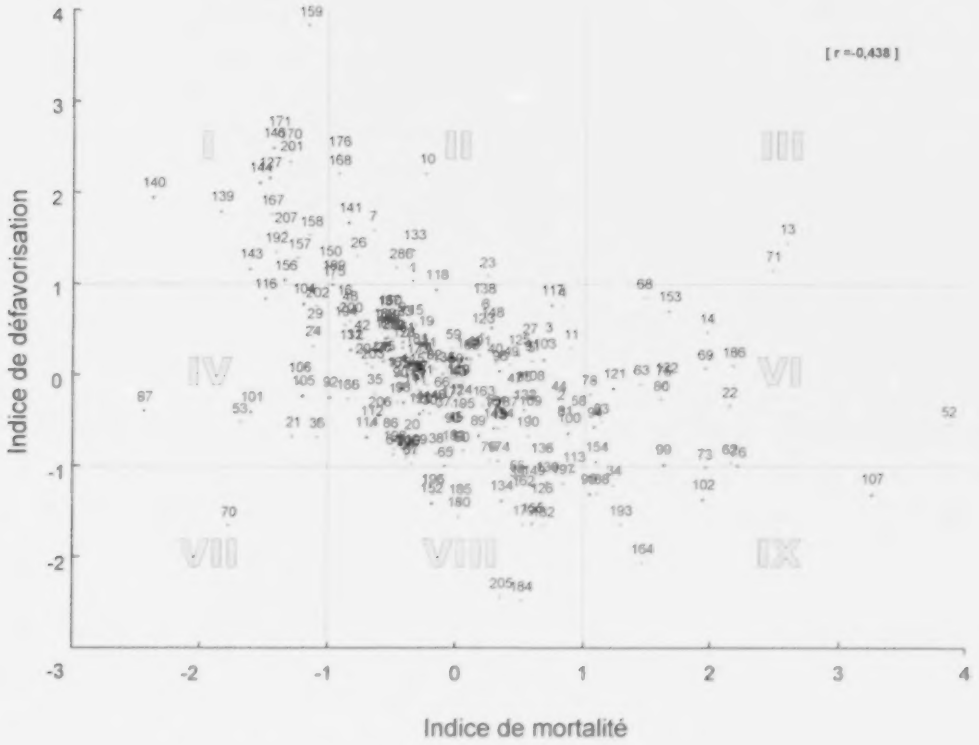
Le graphique 1 présente la répartition des 209 UEA de la région dans un espace à deux dimensions. Les UEA les plus défavorisées sont celles qui prennent les valeurs les plus élevées sur l'axe défavorisation (-3 à +4). Les UEA qui sont les plus affectées par une mortalité problématique sont celles dont la valeur est la plus faible sur l'axe de la mortalité (-3 à +4). Un premier coup d'œil permet de constater que les deux phénomènes varient en sens contraire. La droite de régression tracée parmi le nuage de points nous indique que plus les UEA sont défavorisées au point de vue socio-économique, moins elles sont favorisées au plan du facteur « durée de la vie écoulée et du nombre de décès observés » et, inversement, plus les UEA sont favorisées au plan socio-économique, moins elles se retrouvent en situation problématique face à la mort. Le coefficient de corrélation entre les deux variables est de - 0,438.

Suivant la marche à suivre de la méthode de la réduction factorielle dont les modalités ont été expliquées à la note précédente, il est possible de diviser en neuf quadrants l'espace de localisation des UEA sur les axes de la défavorisation et de la mortalité. Ainsi, les quadrants I, II et III regroupent les UEA qui sont significativement défavorisées au plan socio-économique (c'est-à-dire les UEA qui se situent à un écart-type de la moyenne pour cette dimension). Les quadrants I, V et VIII regroupent quant à eux toutes les UEA qui sont défavorisées sur l'axe du facteur mortalité. Le quadrant I rassemble donc dans la catégorie la plus problématique les UEA qui sont en position

[38] Voir la section méthodologie pour la construction de l'indice. Par ailleurs, rappelons aussi que, plutôt que d'être convertie en quintile, la défavorisation est exprimée à partir des valeurs originelles de l'indice composite de défavorisation. Il en va de même pour la mortalité. Plutôt que d'être exprimée en neuf catégories, elle forme une nouvelle variable continue obtenue par la réduction factorielle de valeurs spécifiques des variables AMO et ICM.

désavantagée sur deux dimensions et le quadrant IX dans la catégorie la plus enviable les UEA favorisées sur les deux mêmes dimensions.

Figure 1 : Répartition des UEA selon l'indice de défavorisation et l'indice de mortalité



Le tableau 15 présente la liste des 17 UEA qui se retrouvent dans le quadrant I. Comme on peut le constater, ce sont toutes des UEA qui appartiennent au milieu urbain, dont 14 en Mauricie et trois au Centre-du-Québec. De ces 17 UEA, trois appartiennent au groupe de référence A du tableau 12 (UEA problématiques) et onze au groupe B (fragiles). Deux sont du groupe C, soit les UEA 150 et 158 qui, soit dit en passant, occupent les positions les plus limitrophes du quadrant I.

Il est intéressant de noter par ailleurs que certaines UEA classées B au tableau 12 et qui ne se retrouvent pas dans le quadrant I du graphique frôlent les marges nécessaires à la signification statistique. Elles occupent en effet les positions les plus avancées des quadrants II, IV et V. C'est le cas notamment de Saint-Édouard de Maskinongé, de

Saint-Stanislas et de Notre-Dame-de-Montauban. Ces municipalités pourraient, avec réserve, faire partie des UEA qui sont en situation le plus problématique.

Tableau 15 : Liste des UEA en situation problématique au plan socio-économique et au plan de la mortalité (quadrant I)

Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA	Groupe
UEA urbaines			
La Tuque	Centre-ville	127	b
Grand-Mère	Secteur du Centre-ville	139	b
Grand-Mère	Secteur du curling - Rocher	140	a
Shawinigan	Est de St-Marc - Est de la Station	143	b
Shawinigan	Quartier St-Marc et Christ-Roi	144	a
Shawinigan	Secteur Centre-ville	146	a
Shawinigan-Sud	Almaville en bas jusqu'à la 117e	150	c
Cap-de-la-Madeleine	Basse-ville Centre	156	b
Cap-de-la-Madeleine	Basse-ville Est	157	b
Cap-de-la-Madeleine	Basse-ville Ouest	158	c
Cap-de-la-Madeleine	Secteur Saint-Maurice	159	b
Trois-Rivières	Immaculée-Conception	167	b
Trois-Rivières	Sainte-Marguerite	170	b
Trois-Rivières	Ste-Cécile	171	b
Victoriaville	Centre-ville de Victoriaville	192	b
Drummondville	Centre-ville de Drummondville	201	b
Drummondville	St-Joseph/St-Jean-Baptiste	207	b
UEA rurales			
Notre-Dame-de-Montauban		7	b
Saint-Édouard-de-Maskinongé		29	b
Saint-Stanislas		48	b

Que ce soit de façon qualitative ou de façon quantitative, les résultats exposés ici sont complémentaires. La première réunit des groupes d'UEA qui se distinguent par le fait que les communautés qu'ils contiennent sont plus ou moins touchées, ou pas touchées du tout, par la mortalité prématurée, la surmortalité ou la défavorisation. Cette approche pourrait servir à définir les interventions ou les programmes de santé en fonction des caractéristiques des communautés. La deuxième façon de présenter les résultats, en plus de valider la typologie proposée à la première étape, permet d'identifier une vingtaine de communautés pour lesquelles il serait prioritaire d'intervenir afin de réduire sensiblement les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec.

6 Discussion

Les résultats présentés plus haut démontrent qu'il y a une forte association entre un indice de défavorisation construit a priori, c'est-à-dire construit selon les indications des écrits scientifiques sur le sujet, et deux indicateurs de mortalité. L'observation de cette relation est rendue possible grâce à la mise en présence, au sein d'une même unité d'analyse, de deux phénomènes indépendants. Et comme toute relation statistiquement significative, cette relation, tout en mettant à jour des résultats manifestes, a sa portée et ses limites.

En premier lieu, sa portée à l'échelle des communautés est au moins égale aux résultats observés dans d'autres études ou analyses de type écologique. Les inégalités mises à jour ici entre les UEA favorisées et les UEA défavorisées en ce qui a trait à la mortalité prématurée et la surmortalité sont à peu près de la même ampleur que ce qui est observé ailleurs par Choinière, Pampalon et Wilkins (déjà cités) pour l'espérance de vie. La valeur ajoutée de la présente recherche tient au fait toutefois que, en plus de permettre une lecture de la défavorisation et de la mortalité par quintile ou décile, les données s'appliquent également à chacune des unités d'analyse, offrant ainsi la possibilité de distinguer, à défavorisation égale, les communautés qui sont en situation de mortalité prématurée ou de surmortalité de celles qui ne le sont pas.

Le jeu des combinaisons possibles entre les dimensions relatives à la défavorisation et la mortalité, lorsque traité de façon synchronique, permet de proposer une typologie des communautés pouvant inspirer à son tour des modes d'interventions en matière de développement régional et local. Par exemple, les données de la recherche confirment le fait que pour réduire les inégalités, il faut non seulement intervenir auprès des communautés les plus défavorisées – et le mérite ici est de les identifier de façon spécifique- mais aussi de s'assurer que la situation de certaines communautés plus fragiles ne se détériore et de faire en sorte que les acquis des communautés plus prospères soient protégés. Concrètement, le tableau 10 a le mérite de proposer un ordonnancement indicatif des communautés régionales qui, même contestable, ajoute des éléments d'information inédits à la discussion réservée à la validation et à la mise en œuvre des actions les plus efficaces en matière d'amélioration des conditions de bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Voilà pour la portée.

Quant aux limites, l'analyse écologique met en présence des données relatives aux déterminants de la santé et à ses conséquences. En l'occurrence, les données rassemblées dans une même UEA sur la situation socio-économique et sur la mortalité

proviennent de deux fichiers différents. Or, ce ne sont pas nécessairement les mêmes personnes qui sont concernées et par les unes et par les autres.

Les analyses qui sont faites ici sont de nature plus associative qu'explicative. On ne peut inférer à partir de ces analyses de relation de cause à effet. Par exemple, il est impossible de dire si la situation socio-économique des UEA telle qu'appréciée dans cette étude est à l'origine des inégalités observées en matière de mortalité ou si, au contraire, c'est la moins bonne santé des personnes (telle que mesurée par la mortalité prématurée ou la surmortalité) qui contribue à détériorer la situation socio-économique général de certaines UEA.

La question de la mortalité différenciée selon le sexe, telle que rapportée aux tableaux 5 et 6, ne contribue pas, selon nous, à affaiblir la force de la relation observée entre la défavorisation et la mortalité telle que mesurée dans cette étude. Cette relation est certes brouillée dans le cas de l'espérance de vie lorsque les pourcentages sont calculés sur les deux sexes à la fois. Mais elle ne l'est pas pour ce qui est de l'âge moyen observé, significativement inférieur aux valeurs attendues (mortalité prématurée), et pour le nombre de décès supérieur au nombre attendu (surmortalité) parce que la différenciation sexuelle est une constante propre à toutes les UEA.

Certaines limites maintenant en ce qui concerne les calculs relatifs aux indicateurs de mortalité. D'abord, la population de référence, soit celle à partir de laquelle sont standardisées les données de chaque UEA, n'est pas sans faille. En effet, les personnes en centres d'accueil situés en milieu rural, donc les centres d'accueil de petites tailles qui ne forment pas en soi un secteur de dénombrement, ne sont pas exclues de notre population de référence. Les municipalités concernées peuvent alors être l'objet d'une légère surestimation du nombre attendu de décès et de l'âge moyen au décès. Ce qui signifie en outre que, pour certaines unités rurales surtout, les tests statistiques ne permettent pas nécessairement de conclure à des écarts significatifs. Sans que l'on puisse être assuré que ce secteur ne connaît pas de problème !

Par ailleurs, des événements, comme un accident de voiture impliquant des membres d'une même famille seront plus à même d'affecter des valeurs d'unités de petite taille ou d'entraîner des résultats significatifs pour un territoire pour lequel rien n'était anticipé au départ.

Les petits effectifs en présence dans certaines UEA peuvent aussi entraîner, du fait des arrondissements aléatoires des valeurs à zéro pour certains groupes d'âge avancés. Si le nombre zéro est particulièrement important, la valeur standardisée de ce territoire

risque d'en être biaisée et favoriser de façon artificielle une surmortalité et une mortalité prématurée.

Une analyse qualitative plus fine des secteurs atypiques ou présentant des résultats surprenant demeure nécessaire. Des fusions de certaines unités rurales devront aussi être envisagées.

Enfin, malgré ses limites, la présente étude permet d'apprécier la question des inégalités sous l'angle de ses déterminants et de ses conséquences, de voir, grâce à la cartographie qui l'accompagne, là où la relation converge et là où elle diverge. Elle n'annonce pas de surprises, sa prétention étant plutôt de présenter les choses autrement. Ou de contribuer, à sa façon, à fournir des éléments de connaissance permettant de lutter contre les inégalités et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la région.

7 Conclusion

Nous avons tout au long de cette étude évité d'épingler telle ou telle communauté, nous contentant d'attirer l'attention sur les dynamiques d'ensemble ou les grands mouvements populationnels régionaux. Au terme de l'exercice, nous estimons que nous avons réussi à nuancer les résultats d'une certaine littérature consacrée [39] qui, bon an mal an, édicte que Trois-Rivières est la capitale nationale de la pauvreté. Cette littérature fait beaucoup de bruit mais elle laisse peu à entendre...S'agissant de faire le portrait des inégalités de santé et de bien-être pour la Mauricie et le Centre-du-Québec, nous avons plutôt plaidé ici pour une approche plus nuancée, moins spectaculaire certes mais plus représentative de la réalité complexe de la région et de ses communautés locales.

Ce qui nous permet de conclure en disant que les inégalités sociales et de santé traversent l'ensemble de la région. À leur pôle le moins favorable, elles emportent sur leur passage trois communautés urbaines du Centre-de-la-Mauricie mais elles ravissent aussi les centres-villes des principaux centres urbains de la région, épargnant toutefois la partie rurale de la Mauricie mais touchant significativement le Centre-du-Québec rural, et ce, pour des raisons qui ne relèvent pas de la pauvreté. À son pôle le plus favorable, la dynamique des inégalités avantage les communautés des quartiers périphériques des grandes villes et leurs banlieues limitrophes.

En terminant, un dernier mot sur l'utilisation des résultats. Le lecteur se rappellera que la mesure des inégalités retenue dans cette étude est de deux ordres. Elle est relative pour la pauvreté et absolue pour la mortalité. Si la mortalité est *coulée dans le béton*, la défavorisation, elle, est éminemment variable. C'est le point de vue qui crée son objet. Ici, le point de vue adopté est la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Sur l'ensemble de ce territoire il y forcément un quintile qui regroupe les communautés qui sont les plus défavorisées et un autre quintile les communautés les plus favorisées. À une autre échelle, à l'échelle d'un territoire de MRC par exemple, il y a aussi en soi des unités favorisées et des unités défavorisées, quelle que soit par ailleurs la lecture globale qui est faite de l'ensemble des territoires. Ce petit détour pour dire que, si cela est le souhait de certains acteurs locaux, il est envisageable d'appliquer localement les valeurs de l'indice de défavorisation même s'il demeure impossible de modifier les valeurs de la mortalité. De distinguer, dans ce qui pourrait être en

---

[39] Voir surtout : Sylvain Schetagne : *La pauvreté dans les agglomérations urbaines du Québec*, Le Conseil canadien de développement social, 2000.

apparence un territoire dont des UEA sont moyennes, des UEA riches et des UEA pauvres. Ou mieux encore, de fournir un portrait détaillé de la défavorisation à l'échelle des territoire de MRC.

En plus de donner une suite à ce rapport du point de vue de l'intervention, on pourra aussi lui assurer un prolongement du côté d'une connaissance plus approfondie des réalités locales...

Bibliographie

- Jean-François Chanlat (1985), « Types de société, types de morbidité », dans Traité d'anthropologie médicale, Presses de l'université du Québec.
- Gouvernement du Québec (1992), Ministère de la Santé et des Services sociaux, La politique de la santé et du bien-être.
- Gouvernement du Québec (1997), Ministère de la Santé et des Services sociaux, Priorités nationales de santé publique 1997 – 2002.
- Conseil de la santé et du bien-être (1997), La participation comme stratégie de renouvellement du développement social, document de réflexion.
- Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999), Plan de consolidation 1999 – 2002, Une vision d'amélioration continue : Pour un réseau tissé serré.
- Paula M. Lantz et al. (1998), Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality, JAMA, vol. 279, n° 2.
- David I. Gregorio et al. (1997), The effects of occupation based social position on mortality in a large american cohort, American Journal of Public Health, vol. 87.n° 9.
- Peggy McDonough et al. (1997), Income dynamics and adult mortality in the United States, 1972 through 1989, American Journal of Public Health, vol. 87, n° 9.
- Harry Hemmingway et al. (1997), The Impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by SF-36 Questionnaire : The Whitehall II Study, American Journal of Public Health, vol. 87, n° 9.
- Ichikawa Kawaguchi et al. (1997), Social capital, income inequality, and mortality, American Journal of Public Health, vol. 87, n° 9.
- Cathy R. Wasserman et al. (1998), Socioeconomic status, neighborhood social conditions, and neural tube defects, American Journal of Public Health, vol. 88, n° 11.
- J. Eachus et al. (1996), Deprivation and cause specific morbidity : evidence from the Somerset and Avon survey of health, British Medicine Journal, Vol. 312.
- Andrew R. Zolopa et al. (1994), HIV and Tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults, JAMA, vol. 272, n°. 6.
- Johan P. Mackenbach et al. (1999), Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: An international study, American Journal of Public Health, vol. 89, n° 12.
- Amanda Sacker et al., (1999): Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986 – 1996, British Medicine Journal, volume 320.
- Santé Québec : Aspects sociaux reliés à la santé, Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, volume 1 et 2
- Ginette Paquet (1989), Santé et inégalités sociales : un problème de distance culturelle, Institut québécois de recherche sur la culture
- Donald Acheson (1998), Independent inquiry into inequalities in health report, London : The Stationery Office.

- Direction de la santé publique (1998), Rapport annuel sur la santé de la population : Les inégalités sociales de la santé, Régie régionale de Montréal-Centre.
- Jean-Marc Brodeur (1991) : Enquête santé dentaire Québec 1989-1990 : Portrait de la santé dentaire des jeunes québécois de 7 à 17 ans. Rapport final, Montréal.
- Jean-Michel Chapoulie (1984), E.C. Hughes et le développement du travail de terrain en sociologie, Revue française de sociologie, numéro XXV.
- Yen I.H., Kaplan G.A., (1998): Neighborhood social environment and risk of death: multilevel evidence from the Alamada County Study, American Journal of Epidemiology.
- I. H. Yen and S.L. Syme (1999), The social environnement and health: A discussion of epidemiologic literature, Annual Review of Public Health, volume 20.
- Roland L. Warren (1965) : Studying your community, The Free Press, Collier Macmillan Publishers, London.
- Réal Boisvert et Louise Lemire (1990), Regard sur la problématique de la santé mentale : désintégration et réseaux d'entraide dans quatre communautés de la Mauricie, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Marc Ferland et al. (1998), Santé et inégalités sociales au Québec : une analyse comparative du pourcentage d'assistés sociaux par CLSC en tant qu'indicateur socio-économique, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Marc Renaud (1994) : « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé », Interface, mars-avril, p. 15-25.
- Robert Choinière (1993) : Les inégalités socio-économiques et culturelles de la mortalité à Montréal à la fin des années 1980, Cahiers québécois de démographie, vol. 22, nº 2.
- Robert Pampalon et Guy Raymond (2000), Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux et Institut national de santé publique (non publié).
- La santé de la population de la région, Faits saillants de l'enquête Santé Québec pour la région socio-sanitaire 04, Le Groupe Profil 04, DSC de la région 04, 1990.
- Enquête sociale et de santé 1992-1993, Faits saillants pour la région Mauricie-Bois-Francs, Régie régionale Maurice-Bois-Francs, 1996; les résultats de l'enquête 1998, disponibles sous peu.
- Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999), Bulletin Profil : La mortalité chez les 65 ans et plus dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, vol. 7, nº 3.
- Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999), Bulletin Profil : Population de la Mauricie et du Centre-du-Québec au sein des ménages sous le seuil de faible revenu, 1995, vol. 7, nº 4, 1999.
- Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec (1999), Bulletin Profil : L'activité et l'inoccupation en Mauricie et au Centre-du-Québec, vol 7, nº 5, 1999.

- Michael Wolfson et al. (1999) : Relation between income inequality : empirical demonstration, British Medicine Journal, volume 319,
- Jean-Pierre Saint-Cyr (1998) : Les aires homogènes du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation, Régie régionale du Bas-Saint-Laurent.
- La ville et la toxicomanie : les enjeux de la désintégration des quartiers, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre 1999.
- Peter Townsend (1987) : Deprivation, Journal of Social Policy, vol. 16, n° 2.
- Rapport du Comité des priorités de Centraide 1998.
- Jean Renaud et Micheline Mayer, (1996), Espace urbain, espace social, Portrait de la population des villes du Québec, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Yves Pepin (1999) : La mortalité chez les 65 ans et plus dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1993 – 1997, Bulletin Profil, vol. 7, n° 3.
- Conseil des affaires sociales(1989) : Deux Québec dans un, rapport sur le développement social et démographique, Gaétan Morin éditeur.
- Sylvain Schetagne (2000), La pauvreté dans les agglomérations urbaines du Québec, Le Conseil canadien de développement social.

Annexes

A Index des unités écologiques d'analyse du territoire sociosanitaire de la Mauricie

HAUT-SAINT-MAURICE

1- LA BOSTONNAIS/LAC ÉDOUARD
2- LANGELIER
3- PARENT

MÉKINAC

4- GRANDES-PILES
5- HÉROUXVILLE
6- LAC-AUX-SABLES
7- NOTRE-DAME-DE-MONTAUBAN
8- SAINT-ADELPHE
9- SAINTE-THÈCLE
10- SAINT-ROCH-DE-MÉKINAC
11- SAINT-SÉVERIN
12- SAINT-TITE (V,M)
13- TROIS-RIVES

CENTRE-DE-LA-MAURICIE

14- BAIE-DE-SHAWINIGAN
15- CHARETTE
16- LAC-A-LA-TORTUE
17- NOTRE-DAME-DU-MONT-CARMEL
18- SAINT-BONIFACE-DE-SHAWINIGAN
19- SAINT-ÉLIE
20- SAINT-GEORGES
21- SAINT-GÉRARD-DES-LAURENTIDES
22- SAINT-JEAN-DES-PILES
23- SAINT-MATHIEU-DU-PARC

MASKINONGÉ

24- LOUISEVILLE
25- MASKINONGÉ/ST-JOSEPH DE MASKINONGÉ
26- SAINT-ALEXIS-DES-MONTS
27- SAINT-BARNABÉ
28- SAINTE-ANGÈLE-DE-PRÉMONT
29- SAINT-ÉDOUARD-DE-MASKINONGÉ
30- SAINTE-URSULE
31- SAINT-JUSTIN
32- SAINT-LÉON-LE-GRAND
33- SAINT-PAULIN
34- SAINT-SÉVÈRE
35- YAMACHICHE

TROIS-RIVIÈRES

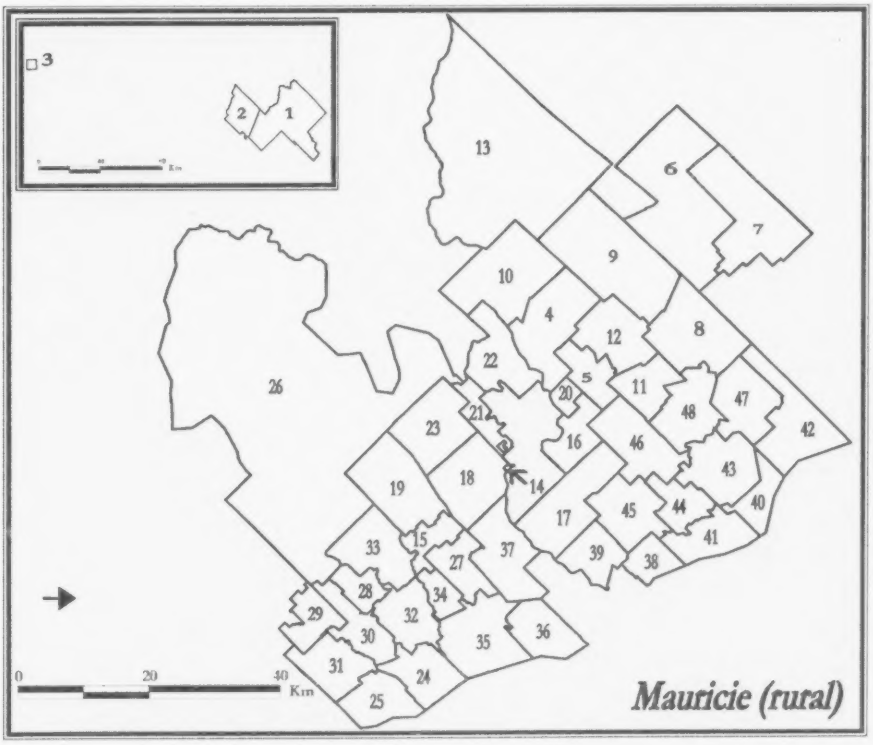
36- POINTE-DU-LAC
37- SAINT-ÉTIENNE-DES-GRÈS

CAP-DE-LA-MADELEINE

38- SAINTE-MARTHE-DU-CAP
39- SAINT-LOUIS-DE-FRANCE

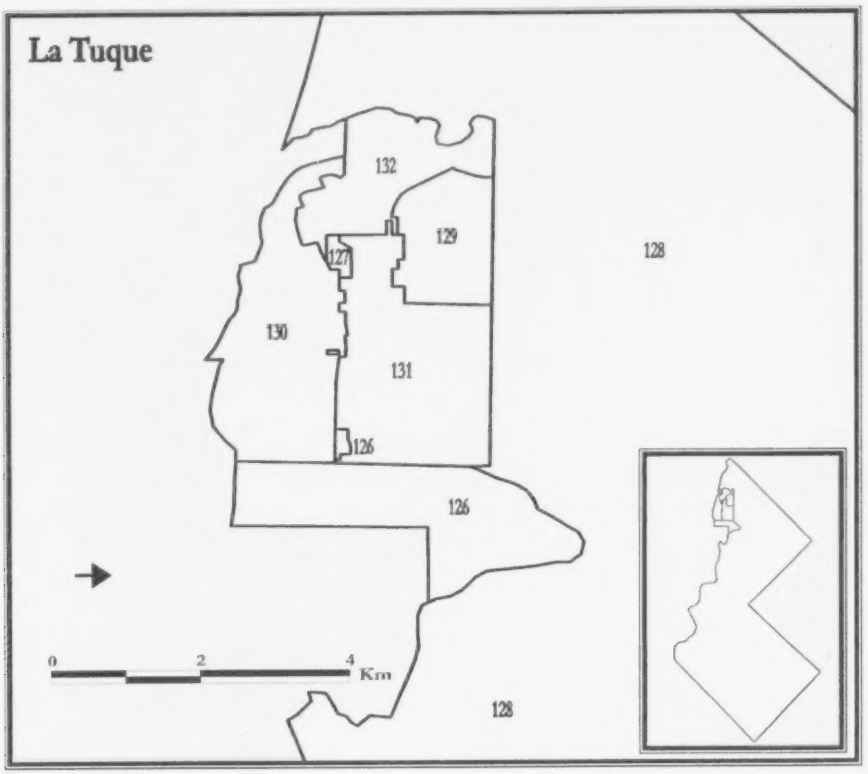
DES CHENAUX

40- BATISCAN
41- CHAMPLAIN
42- SAINTE-ANNE-DE-LA-PÉRADE
43- SAINTE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN
44- SAINT-LUC
45- SAINT-MAURICE
46- SAINT-NARCISSE
47- SAINT-PROSPER
48- SAINT-STANISLAS



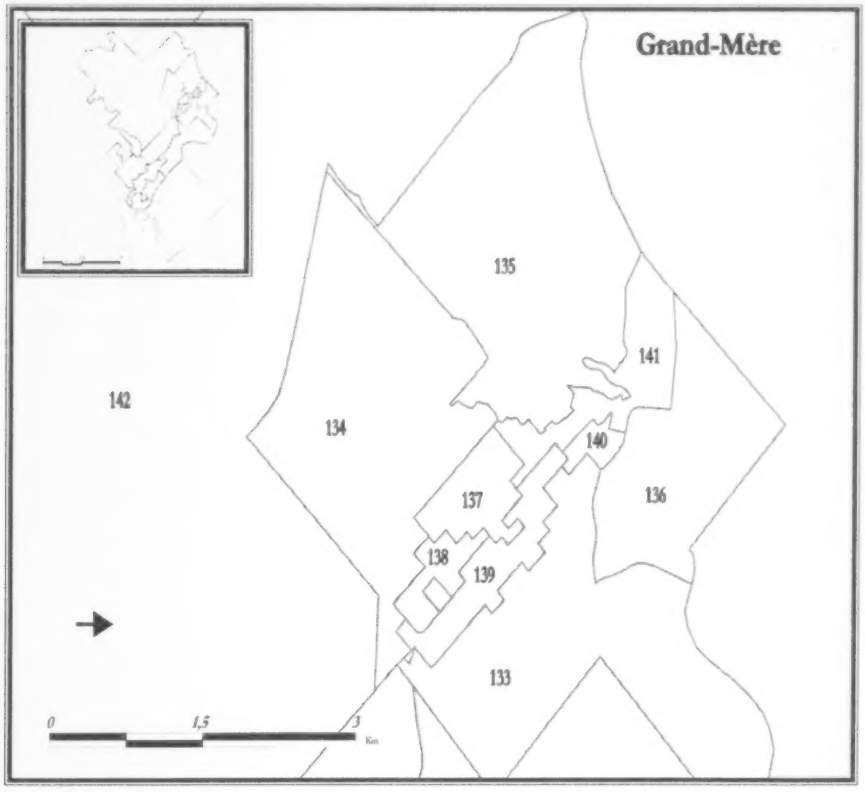
a) Ville de La Tuque

126- Bertrand Arpents-Verts
127- Centre-ville
128- Haut-St-Maurice/Carignan
129- Jacques-Buteux
130- Lac St-Louis/Bel air
131- Polyvalente
132- Terrasse St-Maurice



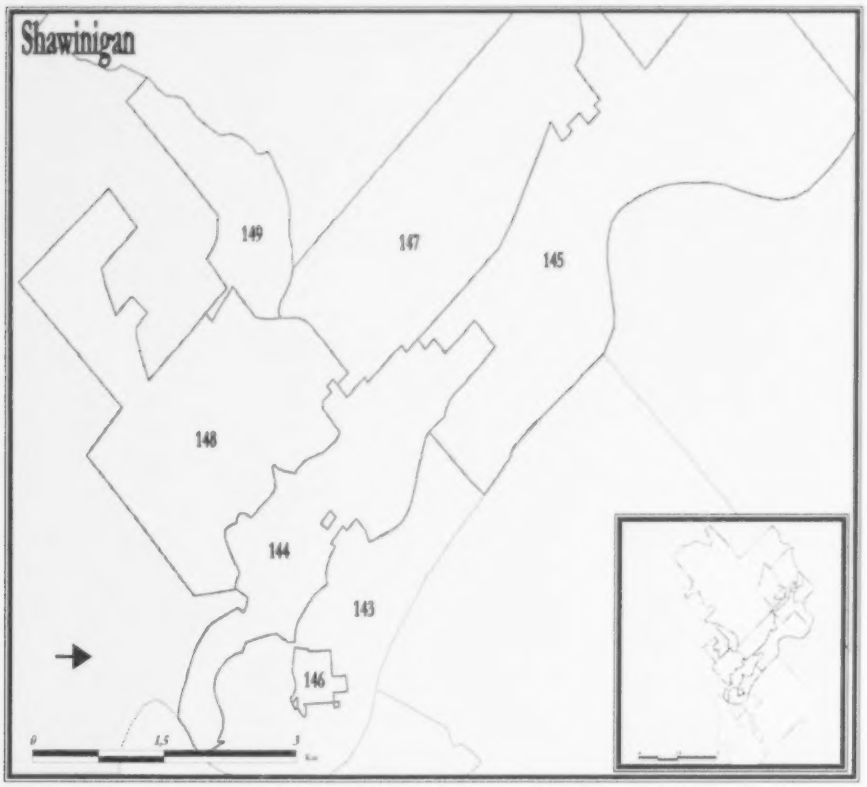
b) Ville de Grand-Mère

133- De l'église St-Paul - Place Consol jusqu'au chemin des Hêtres - 3e ave. Jusqu'à l'incubateur industriel
134- Nord de la 10e ave. jusqu'à 15e rue - 15e ave. jusqu'à 50e ave. - 25e rue jusqu'à 4e rue
135- Parc industriel - Riv. St-Maurice - Riv. Grand-Mère - 4e rue nord
136- Plateau - Grand-Mère est
137- Secteur des écoles Antoine-Hallé et St-Jean-Bosco
138- Secteur du centre Laflèche
139- Secteur du Centre-ville
140- Secteur du curling - Rocher de Grand-Mère jusqu'à l'église St-Paul
141- Secteur du terrain de golf - Secteur du parc de la Riv. Grand-Mère
142- Ste-Flore - Pointe à Comeau - Lac des Piles - Vallée du Parc



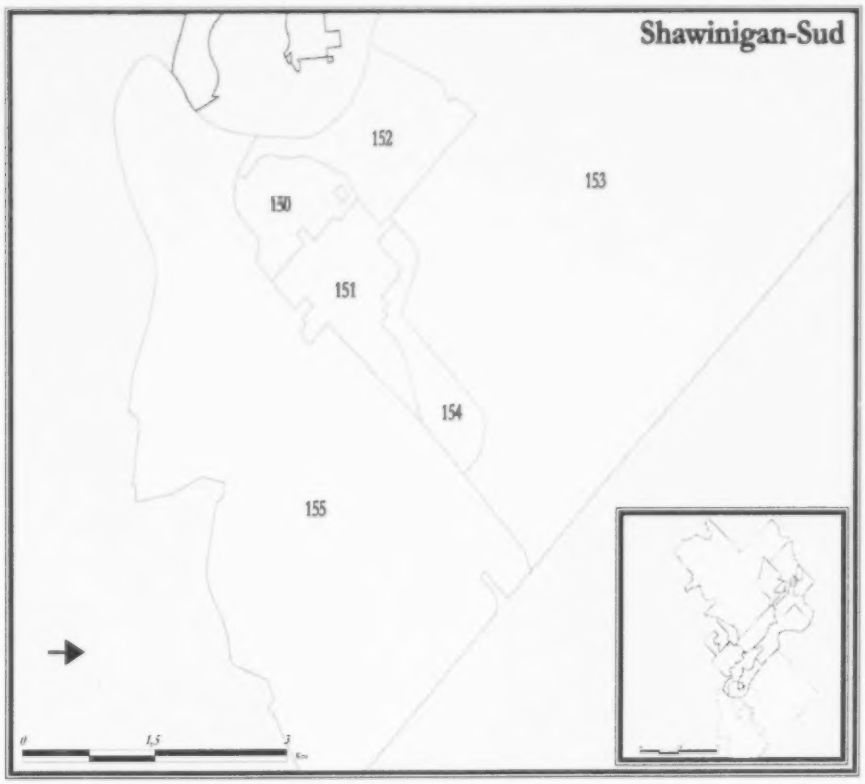
c) Ville de Shawinigan

143- Est de l'ave. St-Marc - Est de la rue de la Station - Est de la rue des Érables excluant le Centre-ville
144- Quartier St-Marc et Christ-Roi - Secteur de la commission scolaire de l'Énergie -
à l'ouest de l'ave. De la Station - cimetière jusqu'à rue des Érables
145- Secteur Beaux Rivages - Parc industriel - Terrasses des Rapides
146- Secteur Centre-ville
147- Secteur de l'école secondaire Les Chutes - quartier Ste-Hélène - rue Bellevue vers le nord et à l'est de la 55
148- Secteur du collège Shawinigan: boul. Des Hêtres et rue Bellevue - Shawinigan nord: sud de Bellevue - Parc industriel
149- Shawinigan nord: rue Bellevue à l'ouest de la 55 - Rivière Shawinigan



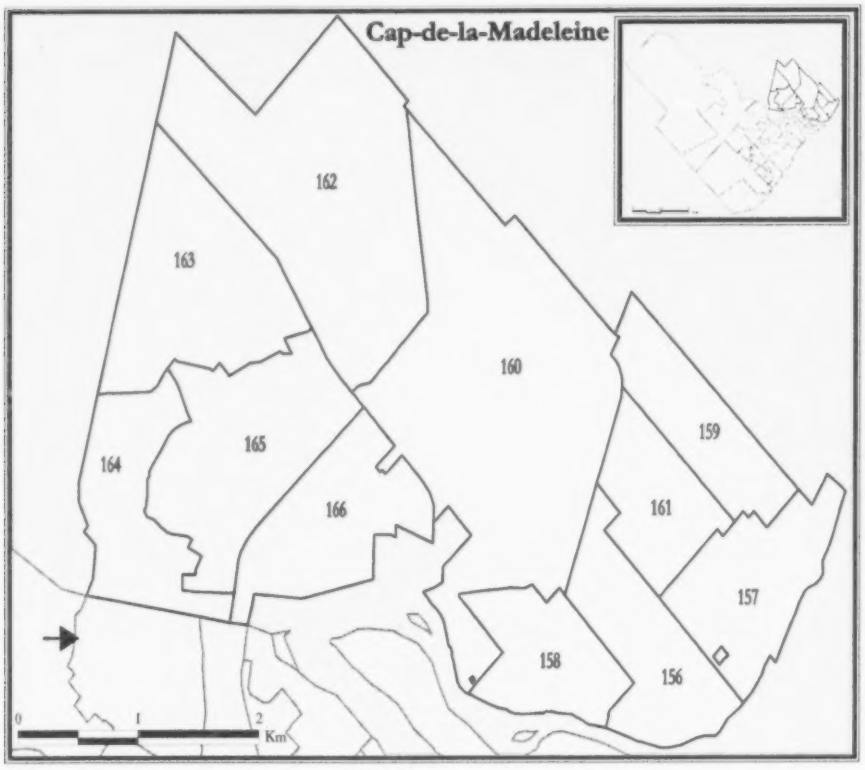
d) Ville de Shawinigan-Sud

150- Almaville en bas jusqu'à la 117e rue
151- Centre-ville jusqu'à l'intersection de la 5e ave. Et de la 12e ave.
152- De la rivière St-Maurice au rang St-Matieu est - nord du boul. St-Laurent et de l'ave. Richard
153- Pacr industriel - est du rang St-Matieu jusqu'aux limites de la ville
154- Secteur du Lac Loranger - nord de la 15e ave. et de la 12e ave. jusqu'au parc industriel
155- Secteur du parc des Chutes jusqu'au cimetière St-Michel - sud de la 12e ave.
et de la 14e ave. incluant le secteur de l'école secondaire Val-Mauricie



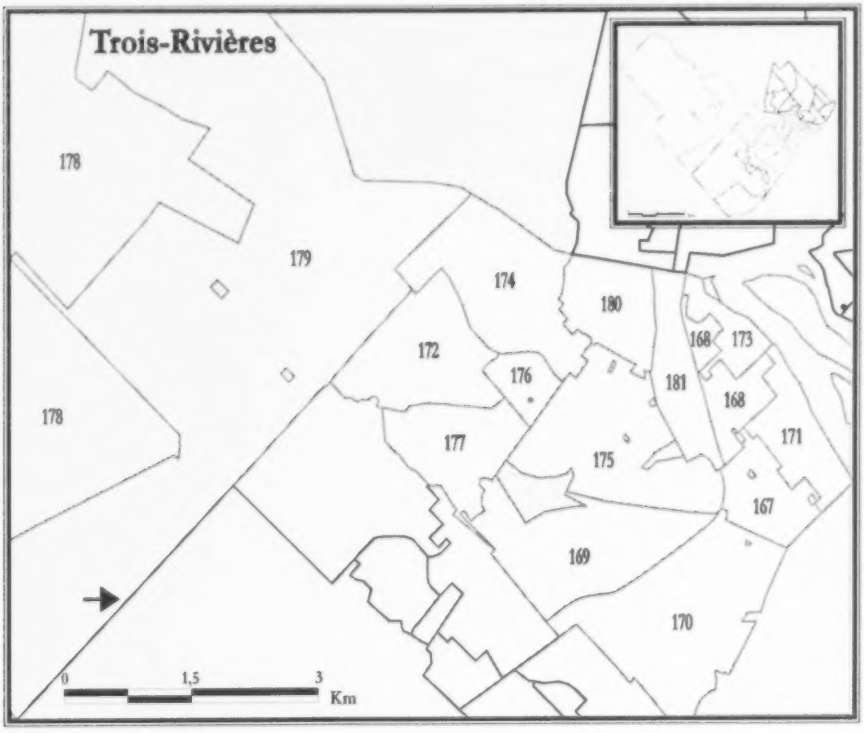
e) Ville de Cap-de-la-Madeleine

156- Base-ville Centre
157- Base-ville Est
158- Base-ville Ouest
159- Secteur de la rue St-Maurice
160- Secteur des rues St-Laurent Nord et Duplessis
161- St-Gabrielle Est
162- Ste-Bernadette Est
163- Ste-Bernadette Nord
164- Ste-Bernadette Ouest
165- Ste-Bernadette Sud
166- St-Odilon Ouest



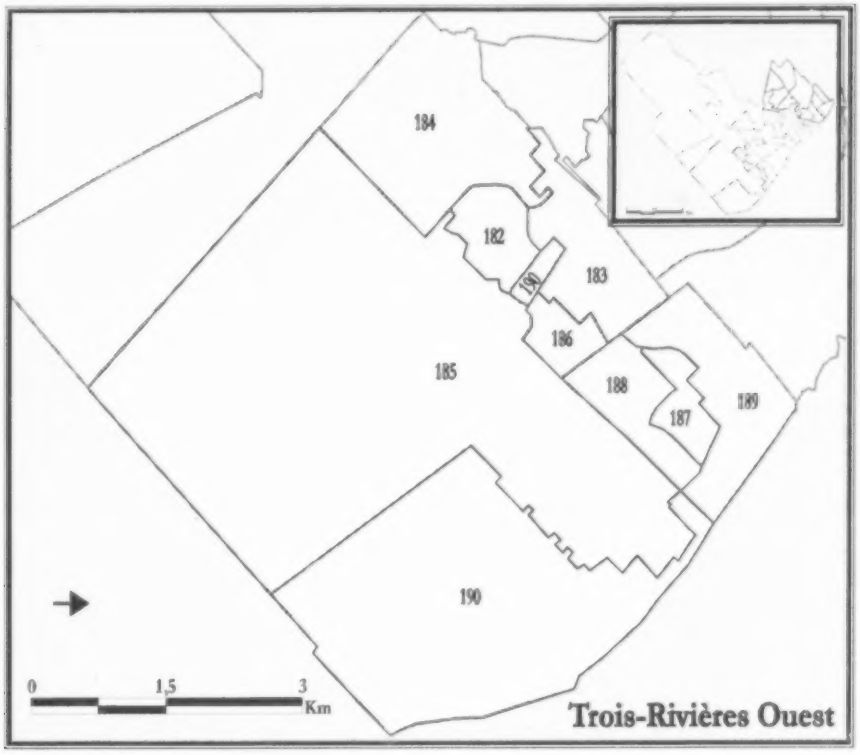
f) Ville de Trois-Rivières

167- Immaculée-Conception
168- Notre-Dame-des-7-Allégresses/St-François-d'Assise Ouest
169- Sainte-Marguerite
170- Saint-Philippe
171- Ste-Cécile
172- Ste-Thérèse
173- St-François-d'Assise Est
174- St-Jean-Batiste-de-la-Salle
175- St-Jean-de-Brébeuf
176- St-Laurent Est
177- St-Laurent Ouest
178- St-Michel des Forges Nord
179- St-Michel des Forges Sud
180- St-Pie X
181- St-Sacrement



g) Ville de Trois-Rivières-Ouest

182- Jean-XXIII Centre
183- Jean-XXIII Est
184- Jean-XXIII Nord
185- Jean-XXIII Ouest
186- Jean-XXIII Sud
187- Ste-Catherine-de-Sienne Centre
188- Ste-Catherine-de-Sienne Nord-Est
189- Ste-Catherine-de-Sienne Sud-Est
190- Ste-Catherine-de-Sienne Sud-Ouest



B Index des unités écologiques d'analyse du territoire sociosanitaire du Centre-du-Québec

ARTHABASKA

68- CHESTER-EST
69- CHESTERVILLE
70- KINGSEY FALLS (V,M)
71- NOTRE-DAME-DE-HAM
72- SAINT-ALBERT
73- SAINT-CHRISTOPHE-D'ARTHABASKA
74- SAINTE-ANNE-DU-SAULT/DAVELUYVILLE/MADDINGTON
75- SAINTE-CLOTHILDE-DE-HORTON
76- SAINTE-ÉLISABETH-DE-WARWICK
77- SAINTE-SÉRAPHINE
78- SAINT-LOUIS-DE-BLANDFORD
79- SAINT-NORBERT-D'ARTHABASKA/NOBERVILLE
80- SAINT-RÉMI-DE-TINGWICK
81- SAINT-ROSAIRE
82- SAINT-SAMUEL
83- SAINT-VALÈRE
84- STS-MARTYRS-CANADIEN/HAM-NORD
85- TINGWICK
86- WARWICK (V,M)

DE L'ÉRABLE

87- BERNIERVILLE/ST-FERDINAND/VIANNEY
88- INVERNESS
89- LAURIERVILLE
90- LYSTER
91- NOTRE-DAME-DE-LOURDES
92- PLESSISVILLE (V,M)
93- PRINCEVILLE (V, M)
94- SAINT-PIERRE-BAPTISTE
95- STE-SOPHIE D'HALIFAX
96- VILLEROY

DRUMMOND

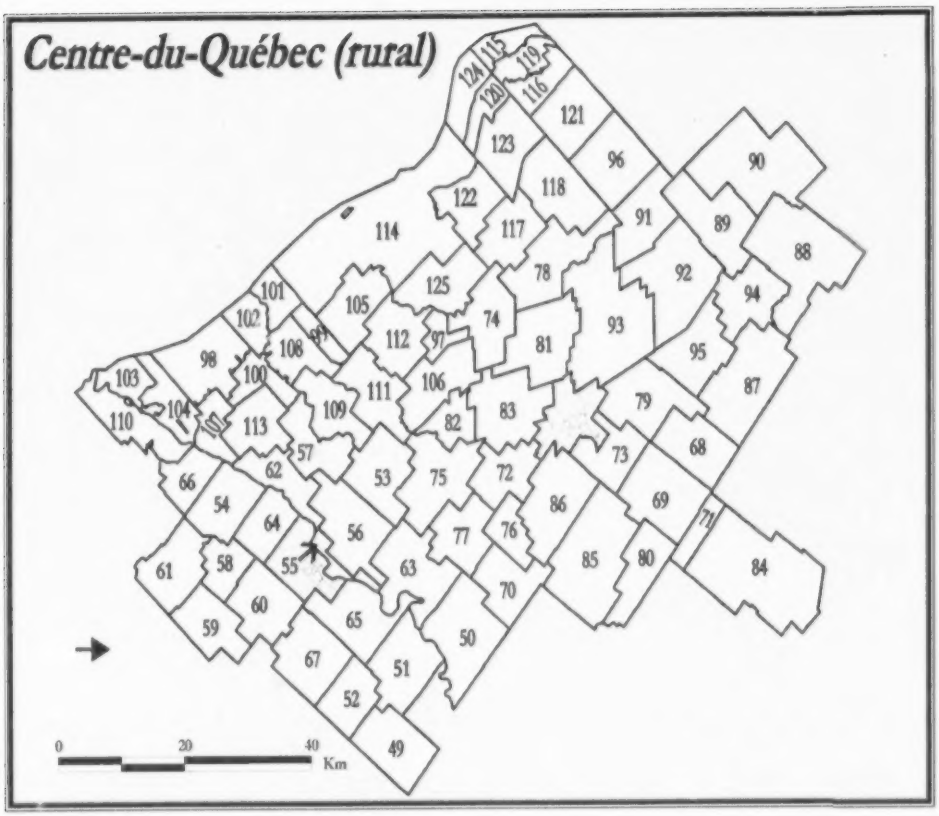
49- DURHAM-SUD
50- KINGSEY
51- L'AVENIR
52- LEFEBVRE
53- NOTRE-DAME-DU-BON-CONSEIL (V,M)
54- SAINT-BONAVENTURE
55- SAINT-CHARLES-DE-DRUMMOND
56- SAINT-CYRILLE-DE-WENDOVER
57- SAINTE-BRIGITTE-DES-SAULTS
58- SAINT-EDMOND-DE-GRANTHAM
59- SAINT-EUGÈNE
60- SAINT-GERMAIN-DE-GRANTHAM
61- SAINT-GUILLAUME
62- SAINT-JOACHIM-DE-COURVAL
63- SAINT-LUCIEN
64- SAINT-MAJORIQUE-DE-GRANTHAM
65- SAINT-NICÉPHORE
66- SAINT-PIE-DE-GUIRE
67- WICKHAM

NICOLET-YAMASKA

97- ASTON-JONCTION/SAINT-RAPHAËL-PARTIE-SUD
98- BAIE-DU-FEBVRE
99- GRAND-SAINT-ESPRIT
100- LA VISITATION-DE-YAMASKA
101- NICOLET/ST-JEAN-BATISTE-DE-NICOLET
102- NICOLET-SUD
103- NOTRE-DAME-DE-PIERREVILLE
104- PIERREVILLE/ST-THOMAS
105- SAINT-CÉLESTIN (V,M)
106- SAINTE-EULALIE
107- SAINT-ELPHÈGE
108 SAINTE-MONIQUE
109- SAINTE-PERPÉTUE
110- SAINT-FRANCOIS-DU-LAC
111- SAINT-LÉONARD-D'ASTON
112- SAINT-WENCESLAS
113- SAINT-ZÉPHIRIN-DE-COURVAL

BÉCANCOUR

114- BÉCANCOUR
115- DESCHAILLONS-SUR-SAINT-LAURENT
116- FORTIERVILLE
117- LEMIEUX
118- MANSEAU
119- PARISVILLE
120- SAINTE-CÉCILE-DE-LÉVRARD
121- SAINTE-FRANCOISE
122- SAINTE-MARIE-DE-BLANDFORD
123- SAINTE-SOPHIE-DE-LÉVRARD
124- SAINT-PIERRE-LES-BECQUETS
125- SAINT-SYLVÈRE


Centre-du-Québec (rural)
124
115
119
120
116
121
123
96
90
122
118
114
117
91
89
88
125
78
92
101
105
74
94
102
112
97
81
93
108
99
95
98
100
106
87
103
111
83
79
104
109
82
110
113
73
68
57
62
53
75
72
66
54
64
56
86
69
77
76
71
61
58
55
63
85
80
84
70
60
65
59
50
67
51
52
49
0
20
40
Km

a) Ville de Drummondville

199- Ste-Thérèse (partie carré Celanese) - Christ-Roi (partie Fradet)

200- St-Pie-X - St-Pierre (partie Laferté)

201- Centre-ville

202- Chemin Hemming - Le Golf (Immaculée Conception)

203- Drummondville-sud (partie est) - Christ-Roi

204- St-Jean-Baptiste (partie ouest) - Celanese

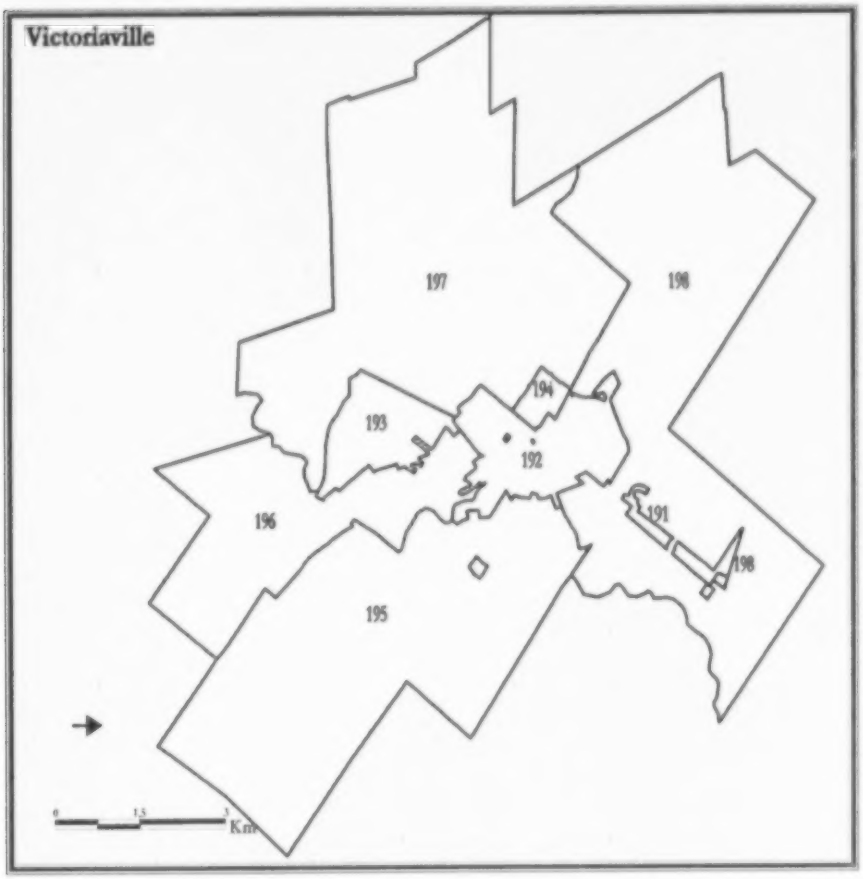
205- La Coulée - Chemin du Golf

206- La Poudrière - Marconi - St-Philippe

208- Autoroute 20 - Grantham - St-Pierre (partie centre) - Lemire (partie ouest)

b) Ville de Victoriaville

191- Arthabaska centre
192- Centre ville de Victoriaville
193- Quartier des Arbres
194- Quartier du parc Lajoie
195- Rang Académie (rue Notre-Dame Ouest au chemin de fer National)
196- Secteur de la rue Notre-Dame Ouest et la route 122
197- Victoriaville Nord
198- Victoriaville Sud-Est (incluant le golf et le ciné-parc)



C Liste des UEA selon leur numéro d'identification

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
b	5	La Bostonnais/Lac Edouard		1
e	2	Langelier		2
b	4	Parent		3
c	5	Grandes-Piles		4
c	4	Hérouxville		5
c	5	Lac-aux-Sables		6
b	5	Notre-Dame-de-Montauban		7
f	4	Saint-Adelphe		8
c	4	Sainte-Thècle		9
c	5	Saint-Roch-de-Mékinac		10
f	4	Saint-Séverin		11
c	4	Saint-Tite (V,M)		12
c	5	Trois-Rives		13
c	4	Baie-de-Shawinigan		14
c	4	Charrette		15
c	5	Lac-à-la-Tortue		16
g	3	Notre-Dame-du-Mont-Carmel		17
f	2	Saint-Boniface-de-Shawinigan		18
c	4	Saint-Élie		19
e	2	Saint-Georges		20
d	2	Saint-Gérard-des-Laurentides		21
f	2	Saint-Jean-des-Piles		22
c	5	Saint-Mathieu		23
g	4	Louiseville		24
c	4	Maskinongé/St-Joseph de Maskinongé		25
c	5	Saint-Alexis-des-Monts		26
c	4	Saint-Barnabé		27
c	5	Sainte-Angèle-de-Prémont		28
b	4	Saint-Édouard-de-Maskinongé		29
e	2	Sainte-Ursule		30
c	4	Saint-Justin		31
e	3	Saint-Léon-le-Grand		32
c	4	Saint-Paulin		33
e	1	Saint-Sévère		34
e	3	Yamachiche		35
e	2	Pointe-du-Lac		36
e	2	Saint-Étienne-des-Grès		37
f	1	Sainte-Marthe-du-Cap		38
f	1	Saint-Louis-de-France		39
f	3	Batiscan		40
e	2	Champlain		41
c	4	Sainte-Anne-de-la-Pérade		42
e	3	Sainte-Geneviève-de-Batiscan		43
e	3	Saint-Luc-de-Vincennes		44
f	2	Saint-Maurice		45
e	2	Saint-Narcisse		46
f	3	Saint-Prosper		47
b	4	Saint-Stanislas		48
e	3	Durham-Sud		49
f	3	Kingsey		50
e	3	L'Avenir		51
f	2	Lefebvre		52

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
g	2	Notre-Dame-du-Bon-Conseil		53
e	2	Saint-Bonaventure		54
f	1	Saint-Charles-de-Drummond		55
e	1	Saint-Cyrille-de-Wendover		56
e	3	Sainte-Brigitte-des-Saults		57
d	2	Saint-Eugène		58
c	4	Saint-Eugène		59
e	2	Saint-Germain-de-Grantham		60
e	3	Saint-Guillaume		61
e	1	Saint-Joachim-de-Courval		62
f	3	Saint-Lucien		63
e	1	Saint-Majorique-de-Grantham		64
e	1	Saint-Nicéphore		65
e	3	Saint-Pie-de-Guire		66
e	1	Wickham		67
c	5	Chester-Est		68
f	3	Chesterville		69
g	1	Kingsey Falls		70
c	5	Notre-Dame-de-Lourdes-de-Ham		71
e	2	Saint-Albert-de-Warwick		72
f	1	Saint-Christophe-d'Arthabaska		73
f	4	Ste-Anne-du-Sault/Daveluyville		74
f	3	Sainte-Clotilde-de-Horton		75
e	1	Sainte-Élisabeth-de-Warwick		76
e	3	Saint-Louis-de-Blandford		77
e	3	Saint-Norbert-d'Arthabaska/Nob		78
g	1	Saint-Norbert-d'Arthabaska		79
e	3	Saint-Rémi-de-Tingwick		80
e	2	Saint-Rosaire		81
e	3	Saint-Samuel		82
f	2	Saint-Valère		83
e	3	Sts-Martyrs-Canadien/Ham-Nord		84
f	3	Tingwick		85
f	2	Warwick (V,M)		86
d	2	Bernierville/St-Ferdinand/Vianey		87
c	4	Inverness		88
f	2	Laurierville		89
e	3	Lyster		90
c	4	Notre-Dame-de-Lourdes		91
e	3	Plessisville (V,M)		92
f	2	Princeville (V,M)		93
e	2	Saint-Pierre-Baptiste		94
f	1	Ste-Sophie d'Halifax		95
e	3	Villeroy		96
g	3	Baie-du-Febvre		98
e	1	Grand-Saint-Esprit		99
e	2	La Visitation-de-Yamaska		100
g	2	Fusion Nicolet SJBN		101
e	1	Nicolet-Sud		102
f	4	Notre-Dame-de-Pierreville		103
b	5	Pierreville/St-Thomas		104

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
d	3	Saint-Célestin (V,M)		105
d	3	Sainte-Eulalie		106
e	1	Saint-Elphège		107
e	3	Sainte-Monique		108
e	2	Sainte-Perpétue		109
b	4	Saint-François-du-Lac		110
e	3	Saint-Léonard-d'Aston		111
d	2	Saint-Wenceslas		112
f	1	Saint-Zéphirin-de-Courval		113
g	2	Bécancour		114
e	3	Deschaillons-sur-Saint-Laurent		115
b	5	Fortierville		116
c	5	Lemieux		117
f	5	Manseau		118
e	3	Parisville		119
d	2	Sainte-Cécile-de-Lévrard		120
e	3	Sainte-Françoise		121
e	3	Sainte-Marie-de-Blandford		122
c	4	Sainte-Sophie-de-Lévrard		123
e	2	Saint-Pierre-les-Becquets		124
f	4	Saint-Sylvère		125
e	1	La Tuque	Bertrand Arpents/Verts	126
b	5	La Tuque	Centre-ville	127
g	4	La Tuque	Haut-Saint-Maurice/Carignan	128
b	4	La Tuque	Jacques-Buteux	129
f	1	La Tuque	Lac Saint-Louis/Belair	130
c	4	La Tuque	Polyvalente	131
e	2	La Tuque	Terrasse Saint-Maurice	132
c	5	Grand-Mère	De l'église St-Paul - Place Conso	133
f	1	Grand-Mère	Nord de la 10e ave. jusqu'à 15e	134
e	3	Grand-Mère	Parc industriel - Rivière St-Maurice	135
e	1	Grand-Mère	Plateau - Grand-Mère est	136
c	4	Grand-Mère	Secteur des écoles Antoine-Hallé	137
c	5	Grand-Mère	Secteur du Centre Laflèche	138
b	5	Grand-Mère	Secteur du Centre-ville	139
a	5	Grand-Mère	Secteur du curling - Rocher	140
c	5	Grand-Mère	Secteur du terrain de golf	141
f	2	Grand-Mère	Ste-Flore - Pointe à Comeau - Lac	142
b	5	Shawinigan	Est de St-Marc - Est de la Station	143
a	5	Shawinigan	Quartier St-Marc et Christ-Roi	144
c	4	Shawinigan	Secteur Beaux Rivages - Parc industriel	145
a	5	Shawinigan	Secteur Centre-ville	146
f	4	Shawinigan	Secteur de l'école secondaire	147
f	4	Shawinigan	Secteur du collège	148
e	1	Shawinigan	Shawinigan Nord, rue Belevue	149
c	5	Shawinigan-Sud	Almaville en bas jusqu'à la 117e	150
f	4	Shawinigan-Sud	Centre-ville jusqu'à la 5e	151
g	1	Shawinigan-Sud	De la rivière St-Maurice au rang St-Mathieu	152
c	4	Shawinigan-Sud	Parc industriel - est du rang St-Mathieu	153
e	1	Shawinigan-Sud	Secteur Lac Loranger - nord de la 15e	154
f	1	Shawinigan-Sud	Secteur des Chutes jusqu'à St-Michel	155
b	5	Cap de la Madeleine	Basse-ville Centre	156
b	5	Cap de la Madeleine	Basse-ville Est	157

Groupe	Quintile	Municipalité	Quartier	Numéro d'UEA
c	5	Cap de la Madeleine	Basse-ville Ouest	158
b	5	Cap de la Madeleine	Secteur Saint-Maurice	159
c	4	Cap de la Madeleine	Secteur Saint-Laurent/Duplessis	160
f	2	Cap-de-la-Madeleine	Saint-Gabriel Est	161
f	1	Cap-de-la-Madeleine	Sainte-Bernadette Est	162
e	2	Cap de la Madeleine	Sainte-Bernadette Nord	163
f	1	Cap-de-la-Madeleine	Sainte-Bernadette Ouest	164
g	3	Cap-de-la-Madeleine	Sainte-Bernadette Sud	165
g	3	Cap-de-la-Madeleine	Saint-Odillon Ouest	166
b	5	Trois-Rivières	Immaculée-Conception	167
c	5	Trois-Rivières	St-Sacrement	168
c	4	Trois-Rivières	Sainte-Marguerite	169
b	5	Trois-Rivières	Sainte-Marguerite	170
b	5	Trois-Rivières	Ste-Cécile	171
f	4	Trois-Rivières	Ste-Thérèse	172
e	3	Trois-Rivières	St-François d'Assise Est	173
f	1	Trois-Rivières	St-Jean-Batiste-de-la-Salle	174
g	5	Trois-Rivières	St-Jean-de-Brébeuf	175
b	5	Trois-Rivières	St-Laurent Est	176
f	2	Trois-Rivières	St-Laurent Ouest	177
e	3	Trois-Rivières	St-Laurent Ouest	178
f	1	Trois-Rivières	St-Michel-des-Forges Sud	179
f	1	Trois-Rivières	St-Pie X	180
c	4	Trois-Rivières	St-Sacrement	181
e	1	Trois-Rivières Ouest	Jean XXIII Centre	182
f	2	Trois-Rivières Ouest	Jean-XXIII Est	183
f	1	Trois-Rivières Ouest	Jean-XXIII Nord	184
e	1	Trois-Rivières Ouest	Jean XXIII Nord	185
f	3	Trois-Rivières Ouest	Jean-XXIII Sud	186
e	2	Trois-Rivières Ouest	Ste-Catherine-de-Sienne Centre	187
e	1	Trois-Rivières Ouest	Ste-Catherine-de-Sienne Nord-Est	188
b	5	Trois-Rivières Ouest	Ste-Catherine-de-Sienne Sud-Est	189
f	2	Trois-Rivières Ouest	Ste-Catherine-de-Sienne Sud-Est	190
c	4	Victoriaville	Arthabaska Centre	191
b	5	Victoriaville	Centre-ville de Victoriaville	192
f	1	Victoriaville	Quartier des Arbres	193
b	4	Victoriaville	Quartier du parc Lajoie	194
f	2	Victoriaville	Rang Académie	195
f	1	Victoriaville	Secteur de la rue Notre-Dame Ouest	196
e	1	Victoriaville	Secteur de la rue Notre-Dame Nord	197
f	2	Victoriaville	Secteur de la rue Notre-Dame Sud	198
e	1	Drummomdville	Carré Celanese/Fradet/ Saint-François	199
c	4	Drummomdville	Centre culturel/CEGEP Laferté	200
b	5	Drummomdville	Centre-ville	201
b	5	Drummomdville	Chemin Hemming/Siante-Bernadette	202
e	3	Drummomdville	Des Chutes/Christe-Roi	203
e	3	Drummomdville	Drummondville Sud/Celanese	204
e	1	Drummomdville	La Coulée/du Golf	205
e	2	Drummomdville	La Poudrière/Saint-Phillipe	206
b	5	Drummomdville	St-Joseph/St-Jean-Baptiste	207
f	1	Drummomdville	Saint-Pierre/Les Promenades/Grant	208
c	4	Drummomdville	Saint-Simom	209